ROCZNIK

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

KRAKOWSKIEGO.

Rok 1882.

W KRAKOWIE,
W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Ignacego Stelcla.
1883.

ROCZNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
KRAKOWSKIEGO.

Rok 1882.

KRAKÓW,
W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Ignacego Stelcla.
1883.

Zdanie sprawy

z czynności Tow. lek. krak. za rok 1882.

I.

Zdanie sprawy ogólne

przez

Sekretarza stałego **Dra A. Zarewicza.**

Ogólna liczba członków Tow. lek. krak. wynosi z końcem roku 1882: 264, z tych jest członków honorowych 8; czynnych 84; korespondentów 172; liczba więc członków, względnie do roku 1881 zwiększyła się o 5 członków (w roku 1881 Tow. liczyło 259 członków).

W ciągu roku ubiegłego przybyło: a) 3 członków honorowych w osobach pp. Dra Adryjana Baranieckiego Dyrektora Muzeum Techniczno-Przemysłowego, Prof. Dra Bogumiła Eiselta w Pradze i Prof. Dra Ferdynanda Arlta we Wiedniu; b) 11 członków czynnych, z których 4 (Dr. Dura Józef, Dr. Danielski Jan, Dr. Pawlas Teodor, Dr. Rychlicki Hipolit) zamieszkałych we W. Ks. Krakowskiém przeszło na podstawie obowiązującego Statutu z członków korespondentów w poczet członków czynnych; c) 4 członków korespondentów. Natomiast 2 członków czynnych z powodu opuszczenia Krakowa (Dr. Perski Felicyjan Wiedeń, Dr. Tonner Wilhelm Bośnia) przeszło w poczet członków korespondentów. Ubyło przez śmierć: 3 członków czynnych i 3 korespondentów, w oso-

bach nieodżałowanéj pamięci Kolegów: Dra Bulikowskiego Franciszka, Dra Kralczyńskiego Kazimierza, Dra Gramatyki Karola, Dra Kaczyńskiego Teodora, Dra Lachowicza Antoniego i Dra Szeparowicza Jana.

Organem Tow. naszego jest Przegląd Lekarski, który tak samo jak po inne lata utrzymał się na wysokości swojego zadania, a przez to zyskuje sobie coraz większe uznania tak w kraju jak i zagranicą.

W ciągu roku 1882 Towarzystwo Lek. odbyło 19 posiedzeń zwyczajnych a 3 posiedzenia nadzwyczajne.

Na posiedzeniach tych odbyły się następujące odczyty

a) **Z zakresu Medycyny wewnętrznéj.**

1). Prof. Adamkiewicz podał wyniki badań w uwiądzie rdzenia uwidoczniając rzecz preparatami.

2). Prof. Browicz mówił: „O wartości dyjagnostycznéj prątków gruźliczych“.

3). Prof. Korczyński odczytał rozprawę: „O zwyrodnieniu włóknistém tkanin“.

5). Doc. Ponikło przedstawił wynik leczenia kodeinem zachwalanym w cukrzycy przez Dra Shingletona.

6). Dr. Wasylewski opisał trzy przypadki cukrzycy leczone jodoformem.

7). Dr. Wolfram Alfred czytał: „O zachowaniu się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych“.

b) **Z Chirurgii.**

1). Doc. Obaliński odczytał rzecz: „O zatruciu jodoformem“.

2). Tenże podał krytyczne uwagi nad 2ma pomyślnemi przypadkami trepancyi czaszki.

3). Dr. Schramm zdawał sprawę z kilku przypadków leczonych w klinice chirurgicznéj Prof. Mikulicza.

c) **Z Okulistyki.**

1). Dr. Machek mówił o wartości leczniczéj jodoformu w chorobach ocznych.

d) Z zakresu Medycyny sądowéj.

1). Prof. Blumenstok podał kilka szczegółów odnoszących się do sprawdzania tożsamości w przypadkach wątpliwych.

e) Z zakresu Anatomii patologicznéj.

1). Prof. Browicz mówił: „O nowotworach śródbłonkowych otrzewnéj“.

f) Chorych przedstawiali następujący koledzy:

1). Prof. Korczyński przedstawił chorego z rtęcicą i chorego ze zrostem osierdzia i upośledzeniem drożności żyły głównéj górnéj.

2). Doc. Mars przedstawił chorą z kliniki Prof. Madurowicza, u któréj skutkiem bliznowatego zwężenia pochwy nastąpiło podczas porodu pęknięcie téjże w całej jéj długości — a u któréj rana zagoiła się *per primam intentionem.*

3). Dr. Murdzieński przedstawił dziecko z kliniki pedyjatrycznéj Prof. Jakubowskiego $5\frac{1}{2}$ lat liczące z niezwykle małemi rozmiarami czaszki.

4). Dr. Ponikło przedstawił chorego z kliniki Prof. Korczyńskiego z drżączką *(Paralysis agitans).*

5). Doc. Obaliński przedstawił 6-letniego chłopca z wypiłowanym stawem łokciowym z powodu grzybowatego zapalenia tegoż.

6). Tenże przedstawił dwóch chorych, na których wykonał resekcyję stawu kolanowego a względnie resekcyję stawu biodrowego.

7). Prof. Rosner przedstawił dwóch chorych, z których jeden dotknięty był twardzielem nosa i podniebienia miękk. *(Rhinoscleroma)* a drugi chorobą skóry zwaną *Xerodermia.*

8). Prym. Zarewicz przedstawił chorego dotkniętego liszajem żrącym części płciowych.

g) Preparaty i narzędzia demonstrowali:

1). Prof. Blumenstok okazał kilka ciekawych preparatów z zakresu medycyny sądowéj, jak: trzy przypadki pęknięcia aorty, dwa preparaty pochodzące od 2 mężczyzn,

którzy odebrali sobie życie wystrzałem, — a wreszcie dwie czaszki pochodzące od ludzi, którzy za życia doznali obrażenia głowy.

2). Prof. Browicz przedstawił: okaz pierwotnego mięsaka żołądka, jakotéż okaz rozlanego nowotworu przybłonkowego żołądka, preparat torbiela z jamy brzusznéj kobiety 47-letniéj zmarłéj w skutek zapalenia otrzewny, — wreszcie okazał preparat tętniaka serca i dwa preparaty, z których jeden przy badaniu przedstawił się jako Lymphosarcoma, — drugi zaś preparat przedstawiał rzadkie zboczenie przewodu pokarmowego u noworodka.

3). Doc. Gebel okazał przyrząd do oświetlania jamy ustnéj pomysłu Telschowa.

4). Doc. Mars okazał i opisał kleszcze Tarniera.

5). Prof. Korczyński okazał cygaretka z *Grindelia robusta* zalecone przeciwko astmie przez K. Bombelona i Sól morszyńską otrzymywaną ze zdroju Bonifacego.

6). Doc. Pareński okazał nowy stetoskop pomysłu Dra Paula w Paryżu.

7). Dr. Ściborowski przedstawił szczawę alkaliczną sztuczną z fabryki p. Rzący w Krakowie przyrządzoną według składu wody Bilińskiéj.

8). Drd. Schaiter okazał kilka preparatów z zakresu medycyny sądowéj — jak 2 przypadki pęknięcia tętniaków łuków aorty i jeden preparat pochodzący z mężczyzny zamordowanego przez przebicie nożem żyły szyjnéj wsp. lewéj i tchawicy.

9). Dr. Schramm zdał sprawę z przypadku częściowego wycięcia jelita grubego operowanego w klinice Prof. Mikulicza, okazując przytém część wyciętego a przez nowotwór zajętego jelita.

10). Dr. Wolfram Alfred okazał przypadek tętniaka tętnicy płucnéj.

Z powyższego zestawienia przekonać się możemy iż w roku ubiegłym Towarzystwo nasze wypełniło najgłówniejsze i najpoważniejsze swoje zadanie równie znakomicie jak i po inne lata.

Sprawozdanie Podskarbiego z obrotu funduszów w roku 1882.

A. Dochód.

1.	Składki kwartalne zaległe	283 zła.	—	cnt.
2.	Składki wstępne zaległe	18 „	68	„
3.	Składki kwartalne bieżące	729 „	70	„
4.	Składki wstępne bieżące	30 „	—	„
5.	Zwrot pożyczki danéj na Słownik . . .	1004 „	16	„
6.	Sprzedaż egzemplarzy Słownika	135 „	75	„
7.	Odsetki od kapitału	88 „	89	„
8.	Dochód ze sprawozd. do roczników Virchowa	18 „	10	„
9.	Zwrócony podatek nieprawnie ściągnięty	9 „	—	„
	Razem:	2317 zła.	28	cnt.

B. Rozchód.

1.	Korespondencyja i druki Towarzystwa . .	40 zła.	81	cnt.
2.	Do kasy wdów i sierot po lekarzach odesłano	210 „	50	„
3.	Prenumerata Przegl. Lek. za członk. czynn.	565 „	25	„
4.	Służba	22 „	—	„
5.	Wieńce dla zmarłych członków	89 „	50	„
6.	Zakupno listów zastawnych	937 „	45	„
7.	Wydatki Komisyi sprawozdawczéj . . .	18 „	30	„
8.	Wydatki Komisyi balneologicznéj . . .	29 „	11	„
9.	Wydatki Sekretarza stałego	5 „	41	„
10.	Wydatki Prezesa Tow.	8 „	16	„
11.	Oprawa rocznika Przegl.	4 „	50	„
12.	Dyplomy honorowe i adresy	60 „	—	„
13.	Opis Zjazdu Lekarzów czeskich	60 „	—	„
14.	Kolendy	2 „	—	„
	Razem:	2052 zła.	99	cnt.

Bilans.

Dochód w r. 1882	2317 zła.	28 cnt.
Rozchód „ „ „	2052 zła.	99 cnt.
Pozostałość:	264 zła.	29 cnt.

Majątek Towarzystwa z końcem roku 1882.

1. Gotówką: *a)* pozostałość z r. 1881 . . . — zła. $21\frac{1}{2}$ cnt.
   b) „ „ 1882 . . . 264 „ 29 „
   Razem: 264 zła. $50\frac{1}{2}$ cnt.
2. Trzynaście listów zastawnych galic. Zakład. kred. ziem. po 100 zła.
3. Dwa listy hipoteczne z 10% premiją po 100 zła.
4. Czysty dochód ze sprzedaży portretów prof. Skobla: 89 zła. 81 cnt. i reszta egzemplarzy niesprzedanych.
5. Czysty dochód ze sprzedaży portretów prof. Majera: 43 zła. 81 cnt. i reszta egzemplarzy niesprzedanych.
6. W zaległościach: 490 zła. 19 cnt.

Dr. Alfred Obaliński,
Podskarbi Tow. Lek Krak.

Sprawozdanie ze stanu Biblijoteki.

W czarnych barwach przedstawił zeszłego roku kol. Paszkowski stan biblijoteki naszego Towarzystwa; tak on jak i jego poprzednicy musieli walczyć z wieloma trudnościami, aby utrzymać księgozbiór choćby w tym stanie, iżby swéj nazwy nie utracił.

Niedogodności wynikające dawniéj z nieodpowiedniego pomieszczenia naszej Biblijoteki w przedpokoju sal Akademii, zostały po części usunięte przez przeniesienie i uporządkowanie książek w sali lekarzy dyżurnych, w szpitalu św. Łazarza. Dokonał tego szanowny mój poprzednik, mimo tego jednak wykazywał w roku zeszłym smutny stan Biblijoteki i trudne zadanie biblijotekarza.

W skutek złego pomieszczenia Biblijoteki w dawnych latach, zmuszeni byli biblijotekarze oddawać co roku pewną część przybyłych książek i gazet Biblijotece Jagiellońskiéj. W skutek tego Biblijoteka nasza nie rozwijała się, a okoliczność ta stała się powodem iż koledzy mało się zajmowali Biblijoteką.

Nie podobna mi było w przeciągu roku zaprowadzić ulepszeń, sam wreszcie nie podołałbym temu zadaniu lecz licząc na pomoc szanownych Kolegów mam nadzieję iż wiele korzyści osiągnąć będzie można.

Do Biblijoteki naszéj przybyło w tym roku 10 dzieł w tyluż tomach, kilkadziesiąt broszur i kilkanaście roczników czasopism lekarskich, jednak niezupełnych. Przybytek ten pochodzi prawie całkowicie od Szanownéj Redakcyi Przeglądu Lekarskiego. Obecnie więc liczy Biblijoteka 120 dzieł w 156 tomach, przeszło 300 broszur, i kilkadziesiąt tomów pism lekarskich, przeważnie nieskompletowanych.

Zgłaszających się o pożyczenie dzieł rzadko mógłem zadowolić, potrzebowano bowiem zazwyczaj czasopism, w których najwięcéj jest braków.

Ta okoliczność jednak wskazała mi nowe tory, po jakich należałoby postępować, aby Biblijoteka mogła być istotną korzyścią dla Towarzystwa.

Dotychczas starano się najwięcéj o powiększenie i utrzymanie dzieł, uzupełniano je ile możności lecz mimo trudów i nakładu nie można było dopiąć zamierzonego celu; pozostawało rok rocznie wiele niezupełnych dzieł, które oddawano Biblijotece Jagiellońskiéj. Doświadczenia te pouczyły mnie iż nie możemy się kusić o utrzymanie Biblijoteki składającéj się przeważnie z dzieł naukowych, chcąc bowiem utrzymać się na równi z ruchem wydawnictw dzieł lekarskich nie starczyłoby środków.

Z drugiéj zaś strony pokazało się iż najwięcéj potrzebowano czasopism, w utrzymaniu więc i uzupełnieniu tychże widzę największą korzyść, w tym więc kierunku postaram się

poczynić wnioski na jedném z posiedzeń Towarzystwa a nie wątpię, że stan Biblijoteki znacznie się podniesie.

Dr. Murdzieński,
Biblijotekarz Tow. lek. krak.

Sprawozdanie z czynności Komisyi balneologicznéj w r. 1882.

Komisyja balneologiczna z początkiem r. 1877 zawiązana w Towarzystwie lekarskiém, w ciągu roku ubiegłego odbyła sześć posiedzeń (w dniach 27 Lutego, 4 Kwietnia, 9, 15 i 23 Maja, oraz 29 Grudnia), na których zajmowano się następującemi przedmiotami.

Przewodniczący na posiedzeniu II odczytał: Pogląd na ruch i postęp w zdrojowiskach i zakładach klimatycznych zdrojowych, w ciągu pory zdrojowéj roku 1881, obszerniejszy niźli w latach poprzednich, oparty na sprawozdaniach nadesłanych z 14 zakładów krajowych. Pogląd ten osobno wydrukowany został rozesłany do zakładów zdrojowych, oraz dla lekarzy dołączony do Nr. 48. Przeglądu Lekarskiego.

Prof. Dr. Korczyński na pos. III w obszerniejszym wykładzie mówił o zdrojach morszyńskich, a w szczególności o wodzie gorzkiéj morszyńskiéj w porównaniu z innemi wodami gorzkiemi.

Prof. Dr. Olszewski na pos. II przedłożył wyniki rozbioru chemicznego wody mineralnéj ze zdroju głównego w Głębokiém, będącéj silną szczawą sodowo-litową, a Dr. Lutostański na poś. IV wykazał zalety téj wody.

Tenże na pos. V mówił o nowym rozbiorze chemicznym wody mineralnéj z Wysowéj, dokonanym przez Prof. Dr. Radziszewskiego we Lwowie.

Dr. Rieger ze Lwowa, umyślnie przybywszy na pos. I., przedłożył Komisyi plany nowobudujących się łazienek w Zakładzie zdrojowym w Truskawcu, które szczegółowo objaśnił.

Dr. Wolfram na pos. V zdał sprawę z pracy Dr. Scherpfa lekarza zdrojowego w Boeklet o powiększaniu się ilości hemoglobiny we kwi, pod wpływem używania wód żelezistych.

Tenże na pos. V mówił o korzystnym wpływie na suchotników pobytu w porze zimowéj w Norderney, podług Benekego.

Dr. Warschauer na pos. II okazał przyrząd do szybkiego ogrzewania wody mineralnéj nadesłany przez Lehmana z Berlina.

Komisyja balneologiczna prócz odezwy do zakładów zdrojowych i klimatycznych o nadsełanie sprawozdań z ubiegłéj pory zdrojowéj, udawała się do zarządów, wykazując potrzebę urządzenia stacyj meteorologicznych, choćby niezupełnych, w zakładach zdrojowych. O ile dotyczas wiadomo, życzeniu Komisyi zadość uczynił Zakład szczawnicki.

Do Komisyi balneologicznéj udawał się Zarząd dóbr Tenczyńskich, własności hr. Potockich, pragnący zakład zdrojowy w Krzeszowicach wypuścić w dzierżawę lekarzowi prosząc o poparcie téj sprawy; życzeniu temu zadość uczyniono podając to do wiadomości członkom Komisyi na pos. I. oraz odezwą zamieszczoną w czasopismach miejscowych.

Księgozbiór Komisyi wzbogacił się prócz sprawozdań zdrojowych nadesłanych z Iwonicza, Szczawnicy, Truskawca i Żegiestowa, oraz przez Prof. Dr. Korczyńskiego i Dra Smoleńskiego 30 rozprawami treści balneologicznéj ofiarowanemi przez Docenta Dra Kazimierza Grabowskiego. Redakcyje Czasopism balneologicznych Cursalon i Badezeitung nadsełały Komisyi swe wydawnictwa.

Obecnie Komisyja balneologiczna liczy w swém gronie 77 członków, a mianowicie: 28 członków zwyczajnych miejscowych, 22 czł. zamiejscowych; 14 nadzwyczajnych miejscowych i 13 nadzwyczajnych zamiejscowych. W ciągu r. 1882 zmarł Dr. Julijan Grabowski, przybyli zaś Dr. Władysław Gluziński i Dr. Alfred Wolfram.

Zarząd Komisyi w r. ubiegłym składali: Przewodniczący Dr. Władysław Ściborowski, Zastępca przewodniczącego Dr. Henryk Jordan, Sekretarz Dr. Stanisław Ponikło, i Biblijotekarz Dr. Bolesław Skórczewski.

Dr. Ściborowski.

Zdanie sprawy

Delegata Tow. lek. krak. do Komisyi sanitarnéj krakowskiéj.

Szczegółowe zdania sprawy z każdego posiedzenia Komisyi sanitarnéj uwalniają mię od składania obecnie wykazu mych czynności jako delegata Tow. lek krak. Nadmienić mi jedynie wypada, iż Komisyja sanitarna w usiłowaniach swych poprawy zdrowia publicznego w Krakowie doznaje życzliwego poparcia tak od Rady miejskiéj, Prezydenta miasta, Magistratu jak i od ogółu publiczności, która nabyła ostatecznie przekonania, iż piecza o zdrowie publiczne jest nader ważną gałęzią administracyi miejskiéj.

Ze spraw załatwionych przez Delegata Tow. lek. krak. jako sprawozdawcę trzeba wymienić uporządkowanie miejskiéj służby zdrowia przez ułożenie dokładnéj instrukcyi dla każdego jéj czynnika, rewizyję sanitarną szkół dotychczas wszakże jeszcze nieukończoną i projekt poprawy usuwania nieczystości kloacznych z miasta.

Co do przyszłego działania Komisyi sanitarnéj uważam za rzecz niezbędną, aby Komisyja idąc ciągle za postępem nauki wystrzegała się starannie dążenia do zmian niewątpliwie bardzo pożądanych lecz do zastósowania w Krakowie niepodobnych, ale raczéj pomna, iż *paulatim summa petuntur* i iż nie tylko u nas ale także w innych, więcéj oświeconych krajach zachodniéj Europy reformy hygijeniczne powoli muszą sobie wywalczać pole, szła drogą powolnych, lecz ściśle praktycznych zmian w urządzeniach sanitarnych miejskich.

Prof. Dr. S. Domański.

Skład Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
w dniu 31 Grudnia 1882 r.

I.

Prezes: Dr. Henryk Jordan.
Wiceprezes: Dr. Stanisław Paszkowski.
Sekretarz stały: Dr. Aleksander Zarewicz.
Podskarbi: Dr. Alfred Obaliński.
Bibliotekarz: Dr. Franciszek Murdzieński.
Sekretarz doroczny: Dr. Jan Rosner.
Delegaci do Rady Zawiadowczéj Tow. lek. gal.:
Dr. Rieger Zygmunt we Lwowie.
Dr. Żegota Krówczyński we Lwowie.

II.
Członkowie.

a) Honorowi.

Dr. Arlt Ferdynand Prof. Uniw. w Wiedniu.
Dr. Baraniecki Adryjan Dyrektor muzeum w Krakowie.
Dr. Biesiadecki Alfred Protomedyk we Lwowie.
Dr. Brodowicz Józef b. Prof. U. J. w Krakowie.
Dr. Eiselt Bogumił Prof. Uniw. w Pradze.
Dr. Hoyer Henryk Prof. Uniw. w Warszawie.
Dr. Majer Józef Prezes Akademii Umiejętn. w Krakowie.
Dr. Szokalski Wiktor b. Prof. Uniw. w Warszawie.

b) Czynni.

Dr. Adamkiewicz Albert Prof. U. J.
Dr. Balicki Stanisław lek. szpit.
Dr. Blatteis Jakób lek. prakt.
w lecie w Krynicy.

Dr. Blumenstok Leon Prof. U. J.
Dr. Blumenfeld Henryk lek. prakt.
Dr. Browicz Tadeusz Prof. U. J.
Dr. Buszek Jan fizyk m. Krakowa.
Mag. Chir. Czulik Deodat lek. szpit.
Dr. Danek Franciszek lek. pułkowy.
Dr. Danielski Jan w Alwerni.
Dr. Domański Stanisław Prof. U. J.
Dr. Dura Józef w Krzeszowicach.
Dr. Eichhorn Ferdynand lek. prakt.
Dr. Gluziński Władysław asys. U. J.
Dr. Goebel Karol Doc. U. J.
Dr. Grabowski Kazimierz Doc. U. J.
Mag. Farm. Gralewski Fortunat właściciel apteki.
Dr. Gwiazdomorski Jan lek. szpit.
Dr. Harajewicz Jan Dyrektor szpitala.
Dr. Heumann Konstanty starszy lekarz sztabowy.
Dr. Jakubowski Maciéj Leon Prof. U. J.
Dr. Jaszczurowski Józef lek. prakt.
Dr. Jaworski Walery lek. prakt.
Dr. Jodłowski Jan lek. prakt.
Dr. Jordan Henryk Doc. U. J.
Dr. Junger Jakób lek. prakt.
Dr. Jurowicz Izydor lek. prakt.
Dr. Kirschner Adolf lek. szpit.
Dr. Kohn Maksymilijan lek. szpital.
Dr. Kopernicki Izydor Doc. U. J.
w lecie w Maryjenbadzie.
Dr. Kopff Leon asys. U. J.
Dr. Korczyński Edward Prof. U. J.
Dr. Kramarzyński Karol lek. szpital.
Dr. Krongold Wilhelm lek. prakt.
Dr. Kwaśnicki August lek. szpital.
Dr. Lustgarten Ludwik lek. prakt.
Dr. Łazarski Józef Prof. U. J.
Dr. Machek Emanuel asys. U. J.
Dr. Madurowicz Maurycy Prof. U. J.

Mag. Farm. Markiewicz Henryk.
Dr. Mars Antoni Doc. U. J.
w lecie w Krynicy.
Dr. Mączka Tomasz lek. szpital.
Dr. Mendelsburg Henryk lek. prakt.
Dr. Mikulicz Jan Prof. U. J.
Dr. Murdzieński Franciszek asys. U. J.
Dr. Obaliński Alfred Doc. U. J.
Dr. Oettinger Józef Prof. U. J.
Dr. Pareński Stanisław Doc. U. J.
Dr. Paszkowski Stanisław lek. ord. w szpitalu.
Dr. Pawlas Teodor w Chrzanowie.
Dr. Pieniążek Przemysław Doc. U. J.
Dr. Piotrowski Gustaw Prof. U. J.
Dr. Ponikło Stanisław Doc. U. J.
Mag. Farm. Radler Edward.
Dr. Riedmüller Józef lek. prakt.
Dr. Rosenblatt Emanuel lek. szpital.
Dr. Rybczyński Aleksander lek. miejski.
Dr. Rychlicki Hipolit w Jaworzniu.
Dr. Rosner Antoni Prof. U. J.
Dr. Rosner Jan asys. U. J.
Dr. Rydel Lucyjan Prof. U. J.
Dr. Schramm Hilary asys. U. J.
Dr. Ściborowski Władysław lek. prakt.
w lecie w Szczawnicy.
Dr. Skobel Stanisław lek. prakt.
Dr. Skórczewski Bolesław lek. prakt.
w lecie w Krynicy.
Dr. Śliwiński Michał lek. prakt.
Dr. Stępiński Bogumił lek. prakt.
Dr. Strzechowski Wilhelm lek. prakt.
Dr. Świątek Wincenty lek. szpital.
Dr. Szewczyk Józef lek. prakt.
Dr. Szymkiewicz Kazimierz lek. prakt.
Mag. Farm. Trauczyński Józef. właśc. apt.
Mag. Weter. Walentowicz Jędrzej wet. miej.

Dr. Warschauer Jonatan lek. prakt.
Dr. Wasylewski Tytus lek. szpital.
Dr. Weber Wilhelm lek. pułkowy.
Dr. Wilkosz Aleksander lek. miejski.
Dr. Wiszniewski Ludwik lek. prakt.
Dr. Wolfram Alfred asys. U. J.
Dr. Zaręba Tomasz lek. prakt.
Dr. Zarewicz Aleksander lek. ord. w szpitalu.
Dr. Ziembiński Jan lek. prakt.
w lecie w Ligotce na Szlązku.
Dr. Żelazowski Wiktor lek. szpital.
Dr. Żuławski Karol lek. ord. w szpitalu.

c) Korespondenci.

Dr. Barzycki Józef w Rzeszowie.
Dr. Berggrün Alfred w Żydaczowie.
Dr. Bogdanik Józef w Biały.
Mag. Farm. Borucki w Chełmie.
Dr. Broniowski Antoni w Sokalu.
Dr. Brühl Edward w Gleichenbergu.
Dr. Bulikowski Stanisław we Lwowie.
Dr. Cassina Ferdynand w Przemyślu.
Dr. Chrzanowski Włodzimierz w Ostrowie.
Dr. Cięglewicz Stanisław w Jaśle.
Dr. Ćwiklicer Ludwik w Podhajcach.
Dr. Czyżewicz Adam we Lwowie.
Dr. Czyżewicz Władysław w Wadowicach.
Dr. Dębicki Karol w Odessie,
w lecie we Francensbadzie.
Dr. Dębicki Klemens we Lwowie,
w lecie w Iwoniczu.
Dr. Dobrski Konrad w Warszawie.
Dr. Dorożyński Józef w Podhajcach.
Dr. Dubanowicz w Liwnie (w Bośnii).
Dr. Dukiet Jan w Rymanowie.
Dr. Dziembowski Józef w Muszynie.

Dr. Dzikowski Zygmunt w Podhajcach.
Dr. Feigel Longin we Lwowie.
Dr. Florkiewicz Władysław w Koniecpolu.
Dr. Gajkiewicz Władysław w Warszawie.
Dr. Galusiński Antoni w Stanisławowie.
Dr. Gałęzowski Ksawery w Paryżu.
Dr. Gawełkiewicz Leopold w Starym Sączu.
Dr. Gawlik Jan w Suchy.
Dr. Gawroński Ksawery w Miechowie.
Dr. Gedl Mieczysław w Wadowicach.
Dr. Glück Maksymilijan w Bośnii.
Dr. Głogowski Feliks w Lublinie.
Dr. Gumowski Franciszek w Krościenku.
Dr. Gumplowicz Maksymilijan w Wiedniu.
Dr. Hassewicz Stanisław w Warszawie,
w lecie w Karlsbadzie.
Dr. Hauser Aleksander w Tarnowie.
Dr. Horbaczewski Jan w Wiedniu.
Dr. Hordyński Joachim w Tarnowie,
w lecie w Karlsbadzie.
Dr. Jakliński Leon w Wysowicach (Morawa).
Dr. Jakubowski Adam w Grybowie.
Dr. Janiszewski Józef w Lublinie.
Dr. Janowski Ignacy w Skałacie.
Dr. Januszkiewicz Żegota w Pilznie.
Dr. Jendl Jgnacy w Starém mieście.
Dr. Józefczyk Bolesław w Ustroniu.
Dr. Jurasz Antoni w Heidelbergu.
Dr. Kadler Ludwik w Warszawie.
Dr. Kadyi Henryk we Lwowie.
Dr. Kalisz Alfred w Tuchowie.
Dr. Kaufman Michał w Jaworzu.
Dr. Kijas Błażéj w Mielcu.
Dr. Kluczeńko Bazyli w Suczawie.
Dr. Knapczyk Jędrzéj w Boguminie.
Dr. Koller Bolesław w Strusowie.
Dr. Kołączkowski Józef w Nowym Sączu.
Dr. Kossak Leon w Jarosławiu.

Dr. Kozłowski Emil w Jaśle.
Dr. Krajewski Feliks w Hrubieszowie.
Dr. Krajewski Władysław w Cieplicach Czeskich.
Dr. Kramarzyński Mieczysław w Kolbuszowy.
Dr. hr. Krasiński Hubert w Petersburgu.
Dr. Krobicki Tadeusz we Lwowie.
Dr. Krówczyński Żegota we Lwowie.
Dr. Kruk Kazimierz w Limanowy.
Dr. Kryda Aleksander w Szczawnicy.
Dr. Krzyształowicz Adam w Dolinie.
Dr. Kwieciński Maciéj w Oświęcimie.
Dr. Lachowicz Zdzisław w Jaworowie.
Dr. Laskowski Zygmunt w Genewie.
Dr. Leniartek Jakób w Dębicy.
Dr. Lewandowski Józef w Tłuczani.
Dr. Lewandowski Zygmunt w Bochni.
Dr. Lic Henryk w Brzozowie.
Dr. Lisiński Ludwik w Rawie.
Dr. Lukas Adolf we Lwowie.
Dr. Łodziński Włodzimierz w Myślenicach.
Dr. Łucki Julijan w Oświęcimie.
Dr. Mach Sebastyjan w Kańczudze.
Dr. Macudziński Waleryjan w Jaśle.
Dr. Maćkiewicz Bronisław w Wilnie.
Dr. Malcz Mieczysław w Warszawie.
Dr. Malinowski Kasper w Dobczycach.
Dr. Marynowski Mieczysław w Dąbrowy.
Dr. Merunowicz Józef we Lwowie.
Dr. Metzger Jan w Tarnowie.
Dr. Męciński Karol w Starém mieście.
Dr. Mikucki Ksawery w Ternówce na Ukrainie.
Dr. Mroczkowski Zygmunt w Stanisławowie.
Dr. Munkiewicz Antoni w Rosławiu.
Dr. Najedło Feliks w Ustrzykach.
Dr. Natanson Ludwik w. Warszawie.
Dr. Narkiewicz Jodko Witold w Warszawie.
Dr. Neumann Eugienijusz w Gorlicach.

Dr. Neugebauer Ludwik w Warszawie.
Dr. Nowakowski Ferdynand w Warszawie.
Dr. Nycz Wincenty w Bohorodczanach.
Dr. Obtułowicz Ferdynand w Buczaczu.
Dr. Olpiński Julijan w Trembowli.
Dr. Opolski Wiktor we Lwowie.
Dr. Perski Felicyjan w Wiedniu.
Dr. Pietrzycki Antoni w Kossowie.
Dr. Pisek Wilhelm we Lwowie.
Dr. Plech Marceli w Jarosławiu.
Dr. Pląskowski Romuald w Warszawie.
Dr. Pluciński Michał we Lwowie.
Dr. Podobiński Antoni w Wieliczce.
Dr. Portner Szymon w Warszawie.
Dr. Przeździecki Hipolit w Czerniowcach,
w lecie w Francensbadzie.
Dr. Przybylski Wacław w Nowym Sączu.
Dr. Radek Jan w Nadworny.
Dr. Reifer Adolf w Dzikowie.
Dr. Rolle Józef w Kamieńcu.
Dr. Roth Alojzy w Bochni.
Dr. Roth Władysław w Staszowie.
Dr. Rothe Adolf w Warszawie.
Dr. Rychlicki Władysław w Radymnie.
Dr. Rydygier Ludwik w Chełmnie.
Dr. Sakowicz Kazimierz w Biało-Cerkwi.
Dr. Sakowski Piotr w Horodence.
Dr. Sawicki Stella Jan we Lwowie.
Dr. Schützer Salomon w Tarnowie.
Weter. Serafiński w Lublinie.
Dr. Sérkowski Bolesław w Stryju.
Dr. Skalski Władysław w Sanoku.
Dr. Skórkowski Feliks w Wielkiéj Woli.
Dr. Skowroński Włodzimierz w Tarnowie.
Dr. Smoleński Stanisław w Jaworzu.
Dr. Sokołowski Alfred w Warszawie.
Dr. Stanko Wojciech w Tarnowie.
Dr. Stiche Czesław w Warszawie.

Dr. Strojnowski Edward we Lwowie.
Dr. Strzelecki Ludwik w Czerniowcach.
Dr. Świesz Tomasz w Skawinie.
Dr. Świrski Adam w Jaśle
w lecie w Iwoniczu.
Dr. Sysak Gabryjel w Zebrzydowicach.
Dr. Szczepański Tytus w Strzyżowie,
w lecie w Żegiestowie.
Dr. Szczudło Jan w Żywcu.
Dr. Szeliga Roman w Serajewie.
Dr. Sztenzel Baruch w Żurawnie.
Dr. Tarchalski Józef w Cieszynie.
Dr. Tonner Wilhelm w Mostarze.
Dr. Trembecki Onufry w Nowym Sączu,
w lecie w Szczawnicy.
Dr. Tylka Wojciech w Bilku (w Bośnii).
Dr. Tyralski Włodzimierz w Zbarażu.
Dr. Ulanowski Józef w Lublinie.
Dr. Waligórski Albin w Przemyślanach.
Dr. Wągrowski Karol w Czortkowie.
Dr. Wehr Wiktor we Lwowie.
Dr. Wiktor Jan w Rozwadowie.
Dr. Witkowski Edward w Szczurowy.
Dr. Wolfram Adolf w Mościskach
Dr. Wroński Bartłomiéj w Gorlicach.
Dr. Wurst Adolf w Cieszanowie.
Dr. Wysocki Aleksander w Złoczowie.
Dr. Wyszatycki Włodzimierz w Mościskach.
Dr. Zabierowski Kazimierz w Żmigrodzie.
Dr. Załoziecki Włodzimierz w Czerniowcach.
Dr. Zapałowicz Antoni w Wadowicach.
Dr. Zauderer Bernard w Visoko (w Bośnii).
Dr. Zawadziński Stanisław w Nowym Targu.
Dr. Zduń Józef w Lutowiskach,
w lecie w Krynicy.
Dr. Żebrowski Maurycy w Meranie,
w lecie w Gleichenbergu.

Dr. Zengteller Julijan w Nowym Sączu.
Dr. Żminkowski Ludwik w Husiatynie.
Dr. Żuliński Tadeusz we Lwowie.

III.

Komisyja balneologiczna.

Przewodniczący: Dr. Wł. Ściborowski.
Zastępca przewodniczącego: Dr. H. Jordan.
Sekretarz: Dr. S. Poniklo.
Biblijotekarz: Dr. B. Skórczewski.

1. Członkowie zwyczajni.

a) Miejscowi.

Dr. J. Blatteis.
Dr. H. Blumenfeld.
Dr. J. Buszek.
Dr. E. Czyrniański.
Dr. S. Domański.
Dr. K. Grabowski.
Dr. F. Gralewski
Dr. I. Kopernicki.
Dr. E. Korczyński.
Dr. A. Kwaśnicki.
Dr. A. Mars.
Dr. F. Murdzieński.
Dr. A. Obaliński.
Dr. S. Pareński.
Dr. G. Piotrowski.
Dr. J. Riedmüller.
Dr. J. Rosner.
Dr. S. Skobel.
Dr. J. Warschauer.
Dr. A. Zarewicz.
Dr. J. Ziembiński.

b) Zamiejscowi.

Dr. A. Biesiadecki we Lwowie.
Dr. W. Bylicki we Lwowie.
Dr. A. Czyżewicz we Lwowie.
Dr. M. Dembowski w Lisku.
Dr. K. Dębicki w Iwoniczu.
Dr. K. Dobrski w Warszawie.
Dr. Z. Dzikowski w Podhajcach.
Mag. B. Hoff w Jarosławiu.
Dr. J. Hordyński w Karlsbadzie.

Dr. F. Jendl w Starém mieście.
Dr. M. Kaufmann w Jaworzu.
Dr. H. Krasiński w Petersburgu.
Dr. F. Obtułowicz w Buczaczu.
Dr. T. Pawlas w Chrzanowie.
Dr. H. Rychlicki w Jaworzniu.
Dr. S. Smoleński w Jaworzu.
Dr. A. Świrski w Iwoniczu.
Dr. T. Szczepański w Żegiestowie.
Dr. W. Tatarczuch w Lubieniu.
Dr. O. Trembecki w Szczawnicy.
Dr. J. Zduń w Krynicy.
Dr. M. Żebrowski w Gleichenbergu.

2. Członkowie nadzwyczajni.

a) Miejscowi.

Dr. A. Alth Prof. U. J.
Dr. F. Czerny Prof. U. J.
W. Kaczmarski inżynijer.
W. Krzyżanowski asys. U. J.
Dr. S. Kuczyński b. Rekt. U. J.
Dr. B. Lutostański lekarz.
Dr. K. Olszewski Prof. U. J.
Dr. J. Rostafiński Prof. U. J.
K. Trochanowski asys. U. J.
I. Wachtel c. k. starosta górniczy.
Dr. F. Weigel Prezydent m. Krakowa.
Dr. D. Wierzbicki adj. obser. astron.
K. Zaremba inżynijer.
L. Zieleniewski inżynijer.

b) Zamiejscowi.

Dr. J. Baranowski w Warszawie.
Dr. T. Chałubiński w Warszawie.
Dr. T. Kaczorowski w Poznaniu.

Dr. J. Krzyżanowski w Kijowie.
W. Łatkiewicz inżynijer w Warszawie.
Dr. T. Matecki w Poznaniu.
K. Medwecki właściciel zakładu w Żegiestowie.
Dr. B. Radziszewski we Lwowie.
Dr. K. Rose w Warszawie.
Dr. J. Rydygier w Chełmnie.
Dr. T. Świderski w Poznaniu.
Hr. M. Załuski właściciel zakładu w Iwoniczu.
J. Zubrzycki właściciel zakładu w Rabce.

IV.

Komisyja redakcyjna Przeglądu lekarskiego.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Leon Blumenstok, Prof. Uniw. Jagiell.

Członkowie.

Dr. Stanisław Domański.
Dr. Kazimierz Grabowski.
Dr. Henryk Jordan.
Dr. Leon Kopff.
Dr. August Kwaśnicki.
Dr. Alfred Obaliński.
Dr. Józef Oettinger.
Dr. Stanisław Paszkowski.
Dr. Stanisław Pareński.
Dr. Lucyjan Rydel.

V.

Komisyja sprawozdawcza do roczników Virchowa i Hirscha.

Przewodniczący: Dr. Józef Oettinger.
Zastępca przewodniczącego: Dr. Leon Blumenstok.
Sekretarz: Dr. Franciszek Murdzieński.

Członkowie.

Dr. S. Domański.
Dr. K. Grabowski.
Dr. H. Kadyi we Lwowie.
Dr. M. Kohn.
Dr. E. Korczyński.
Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

Dr. A. Kwaśnicki.
Dr. E. Machek.
Dr. A. Mars.
Dr. A. Obaliński.
Dr. W. Pisek we Lwowie.
Dr. S. Ponikło.
Dr. J. Rosner.
Dr. W. Ściborowski.
Dr. B. Skórczewski.
Mag. Wet. J. Walentowicz.

VI.

Komisyja terminologiczna.

Przewodniczący: Prof. Dr. J. Oettinger.
Zastępca przewodniczącego: Prof. Dr. Rydel.
Sekretarz: Prof. Dr. S. Domański.

Sprawozdania z posiedzeń

Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego.

Posiedzenie I dnia 4go stycznia 1882 r.

Przewodniczący: kol. prof. Domański. Członków obecnych 28.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Przyjęto na członka korespondenta Towarzystwa lek. krak. Dra Leona Jaklińskiego w Wisowicach (na Morawie).

3. Nastąpiły sprawozdania za rok ubiegły, a mianowicie: kol. Zarewicz, jako sekretarz stały, odczytał sprawozdanie ogólne jakotéż sprawozdanie naukowe, ułożone przez sekretarza dorocznego kol. Balickiego. Kol. prof. Oettinger zdał sprawę z czynności Komisyi terminologicznéj. Kol. doc. Grabowski odczytał sprawozdanie Komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekarskiego. Kol doc. Obaliński odczytał sprawozdanie kasowe; przyczém kol. doc. Mars, imieniem komisyi sprawdzającéj rachunki, oświadczył, że znaleziono je w jak największym porządku i wniósł: Towarzystwo Lekarskie wyrazi koledze Podskarbiemu piśmiennie swoje uznanie i podziękowanie za wzorowe i gorliwe prowadzenie rachunków kasowych. Wniosek jednomyślnie z wielkiém zadowoleniem przyjęto. Kol. Ściborowski odczytał sprawozdanie z czynności Komisyi balneologicznéj, które bez dyskusyi przyjęto. Tenże zdał sprawę z czynności Komisyi dla popierania przemysłu krajowego w zastosowaniu do celów leczniczych, wykazujące, że Komisyja w roku ubiegłym miała bardzo mało do czynienia, gdyż 11 tylko przetworów miała do ocenienia (i to 7 pozostałych z roku poprzedniego, a 4 zaledwie nadesłane w roku ubiegłym). Na zapytanie kol. prof. Rydla, w jaki sposób Komisyja załatwiała swoje czynności, gdyż wcale nie wie o tém, żeby odbywała posiedzenia, sprawozdawca odpowiedział, że w obec tak niewielkiego materyjału do zajęcia posiedzeń nie zwoływał, wiedząc, że członkowie Komisyi są obarczeni nawałem różnych zajęć i posiedzeń; żeby zaś Komisyja zadaniu swemu odpowiedziała, postępowano w ten sposób: że Przewodniczący każdy przetwór oddawał do zbadania, wypróbowania skuteczności i ocenienia dwom lub trzem kolegom specyjalistom, a w razie potrzeby do zbadania chemicznego prof. Dr. Olszewskiemu, zdanie zbiorowe tych kolegów dwa razy do roku przedstawiał na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego, które ostatecznie miało orzekać, czy przetwory nadesłane zasługują na polecenie lub nie. W ten sposób zbadanemi

i ocenionemi zostały wszystkie nadesłane przetwory, prócz jednego, który Komisyja dopiero w grudniu r. z. otrzymała. Zdaniem sprawozdawcy Komisyja w ten sposób zadaniu swemu, dla którego została zawiązaną, należycie odpowiedziała. Po dłuższéj dyskusyi, w któréj brali udział oprócz sprawozdawcy koledzy: prof. Rydel, prof. Oettinger i Murdzieński, na zapytanie kol. prof. Oettingera i Murdzieńskiego, czy w obec tak małego zajęcia Komisyja ma warunki bytu, i czyby nie było właściwe jéj rozwiązanie Sprawozdawca zgodził się, że rzeczywiście materyjał nadsełany jest za mały aby nim osobna zajmowała się Komisyja, a zatém oświadczył, że nie ma nic przeciw jéj rozwiązaniu. Po takiém wyjaśnieniu Towarzystwo uznało Komisyję tę za rozwiązaną.

4. Posiedzenie zamknął prof. Domański krótkiém przemówieniem, w którém wykazał, że Towarzystwo Lekarskie krakowskie w roku ubiegłym nietylko pracowało w zwykłym zakresie pomyślnie, ale nadto wywiązało się szczęśliwie z zadań nadzwyczajnych: urządziło Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, uświetniony licznym udziałem Czechów, doprowadziło do skutku jubileusz czcigodnego prezesa Józefa Majera wręczając mu album artystycznie wykonane z podpisami przeszło tysiąca lekarzy polskich i wydało nareszcie Słownik terminologii lekarskiéj polskiéj. Zasług atoli ztąd Towarzystwo Lekarskie krakowskie sobie wyłącznie przypisywać nie może; dopięło ono bowiem swych zamiarów jedynie przy życzliwém poparciu ze strony nietylko ogółu lekarzy polskich ale nadto i korporacyj, między któremi największa wdzięczność należy się Towarzystwu Lekarskiemu warszawskiemu, które licznym udziałem swych członków w Zjeździe lekarzy i przyrodników i wytwornèm wydaniem przypisanego J. Majerowi przedruku dzieła znakomitego Oczki poparło dzielnie usiłowania Tow. Lek. krak. W końcu podziękował Przewodniczący za zaufanie, jakiém go koledzy obdarzyli powołując go na urząd w Towarzystwie i zachęcił obecnych do wytrwania na raz obranéj drodze.

Dr. Stanisław Balicki
Sekretarz.

Posiedzenie II dnia 18go stycznia 1882 r.

Przewodniczący: kol. Paszkowski. Członków obecnych 36.

1) Przewodniczący zagaja posiedzenie krótkiém przemówieniem, wzywając członków do przedsiębrania prac i do udziału w dyskusyi na posiedzeniach Towarzystwa. W dalszym toku zachęca do wzięcia jak najliczniejszego udziału w Zjeździe lekarzy czeskich, mającym się odbyć w maju r. b. W końcu

w imieniu kol. Jordana i swojém dziękuje za dowód zaufania okazany wyborem i prosi o poparcie, aby Towarzystwo i w tym roku chlubnie z zadania swego wywiązać się mogło.

2) Kol. doc. Obaliński przedstawia 6-letniego chłopca, u którego dnia 5go grudnia wypiłował staw łokciowy prawy z powodu grzybowatego zapalenia tegoż. Cięcie podłużne sposobem Langenbecka; opatrunek jodoformowy w ogóle tylko 4 razy zmieniany. Zupłne zagojenie w 4ch tygodniach. Dzisiaj chory włada dość dobrze i bez bólu odnogą a prelegent ma nadzieję, że po kilku tygodniach takiego ćwiczenia powrócą ruchy prawie zupełnie prawidłowe. Pomyślny wynik przypisuje prelegent wcześnie przedsięwziętéj operacyi, bo wykonanéj już w pół roku po rozpoczęciu się choroby. Nadto zwraca prelegent uwagę, że w kościach wypiłowanych znaleziono równie jak i w zwyrodniałéj torebce stawowéj pod drobnowidem gruzełki (*tuberculosis localis*) i że choroba ta rozpoczęła się skutkiem uderzenia się w staw łokciowy w kilka tygodni po przebytéj ospie. W ostatnich czasach zwrócił Lücke uwagę na ten moment etyjologiczny, twierdząc, że nie wszystkie zapalenia kości i okostnéj, chociażby w nich wykazano histologicznie gruzełki, przebiegają jak kliniczna gruźlica i że trzeba źródeł ich szukać gdzieś daléj, nie we wrodzonych lub nabytych suchotach, a mianowicie w złogach, które choroby zakaźne (dur, ospa, odra, płonica itd.) pozostawiają w kościach lub pod okostną. Od czasu jak Lücke ogłosił to swoje zapatrywanie (od kilkunastu miesięcy) miał prelegent już kilkakrotnie sposobność stwierdzenia, że grzybkowate zapalenia stawów pochodzenia kostnego poprzedzone były chorobami zakaźnemi. Przeciw Lückemu wystąpił Schüller, jako przedstawiciel przeciwnego kierunku, twierdząc, że tam, gdzie histologicznie wykazano obraz gruźlicy, mamy do czynienia zawsze ze sprawą gruźliczą w całém tego słowa znaczeniu. Sprawa ta, zdaniem prelegenta, nie da się na teraz stanowczo rozstrzygnąć, gdyż do tego potrzeba jeszcze wielu spostrzeżeń i doświadczeń; zdaje się jednak, że spostrzeżenia Lückego nie zbijają jeszcze wywodów Schüllera, popartych pięknemi pracami doświadczalnemi.

W dyskusyi nadmienia kol. prof. Browicz, odwołując się do wykładu swego o gruźlicy, iż obecność gruzełków histologicznych wśród tkanek patologicznych nie ma bezwzględnéj wartości dyjagnostycznéj, że pojęcie gruźlicy t. zw. miejscowéj nie jest tak ścisłém pod względem znaczenia etyjologicznego i patologicznego, iżby na podstawie zmian w kościach i stawach u osób, u których nie ma w innych narządach żadnych zmian charakteryzujących gruźlicę, zmiany te uważać można bezwarunkowo za zmiany etyjologiczne gruźlicze. Przypuścićby bowiem

trzeba w każdym takim przypadku, iż właśnie w czasie, gdy jad gruźliczy (z analogii z innemi sprawami chorobowemi sądząc jad upostaciowany) dostawszy się do ustroju i krążąc wśród niego, nie wywoławszy jeszcze gdzieindziéj zmian, zmiany te w téj tylko właśnie części sprowadził, która przypadkowo uległa jakimkolwiek zmianom chorobowym i przedstawia korzystną dlań glebę rozwoju; albo téż, że u osoby, u któréj już istniało cierpienie np. stawu lub kości, jad najpierwéj zmiany sprowadził w tych organach, a cały zresztą ustrój pozostał wolnym. Korzystne te warunki stworzyć można drogą eksperymentu, jak to np. Schüller uskutecznił. Zwraca daléj uwagę kol. Browicz, iż nie rzadko na zwłokach obok zmian w kościach lub stawach znajdujemy zmiany gruźlicze starsze w innych częściach ustroju, o których obecności badanie fizyczne pouczyć nas nie może; zmiany więc owe w kościach lub stawach uważać należy za zmiany, jakie w licznych i nader rozmaitych miejscach u osób gruźliczych spotykać zwykliśmy. Statystyczny zresztą obfity materyjał, jakotéż eksperymentalne w tym kierunku badanie może tu jedynie podać pewną podstawę. — Kol. Warschauer przytacza przypadek, w którym po ospie nastąpiła martwica główki kości ramieniowéj, a nadto zapalenie stawu łokciowego z następowém stężeniem tegoż. Czy te cierpienia były gruźlicą miejscową, stanowczo twierdzić kol. W. nie może, wówczas bowiem choroba ta nie była znaną. — Kol. Obaliński nadmienia w odpowiedzi na twierdzenie kol. Browicza, jakoby gruźlica w kościach tylko wtenczas mogła się pojawiać, gdy już poprzednio gdzieindziéj się usadowiła, chociażby to klinicznie wykazać się nie dało, iż nie pojmuje, dla czegoby właśnie kości miały stanowić wyjątek od prawidła, kiedy nikogo nie dziwi, jeżeli znachodzimy gruźlicę np. tylko w płucach albo tylko w gruczołach. Nie ulega kwestyi że zakażenie gruźlicze musi się odbywać za pośrednictwem jakiegoś przyrzutu upostaciowanego, bliżéj nam nieznanego; tam zaś, gdzie urazy lub inne wpływy drażniące dają powód do dłuższego lub stałego zatrzymania się owego przyrzutu, powstają ogniska gruźlicze. W jednym przypadku będzie to miało miejsce w płucu lub gruczołach limfatycznych, w innym zaś w kościach. Naturalnie, że odróżnić należy wraz z Koenigiem takie przypadki od innych, w których kości okazują złogi gruźlicze następowe towarzyszące dawniéjszym, w innych organach znajdującym się pierwotnym zmianom gruźliczym. Z doświadczeń Huetera i Klebsa zdaje się z wielkiém prawdopodobieństwem wynikać, że bakteryje biorą udział także i w sprawie gruźliczéj. W odpowiedzi kol. Warschauerowi nadmienia kol. Obaliński, że tu nie ma mowy o ostrych zmianach w kości lub okostnéj, jako bardzo częstém następstwie chorób zakaźnych, lecz o złogach

ukrytych, które w późniejszym czasie, a więc w kilka miesięcy lub nawet lat, przy danéj sposobności stać się mogą ogniskiem chronicznego zapalenia.

3) W dalszym ciągu posiedzenia przedstawił kol. prof. Browicz okaz pierwotnego mięsaka żołądka, jakotéż okaz rozlanego nowotworu przybłonkowego żołądka. W drugim przypadku obok téj zmiany znajdował się szczątek przewodu omoczniowego (*urachus*) w kształcie postronka krótkiego, łączącego odbytnicę z tylną ścianą pęcherza moczowego. (Bliższe szczegóły dotyczące tego przypadku ogłoszone będą w Przegl. Lek.).

4) Odczytano protokoły zaległe, a mianowicie z 15 i 16go posiedzenia zeszłorocznego i pierwszego styczniowego z r. b., które bez zmian przyjęto.

5) Przyjęto daléj wniosek Komitetu Tow., ażeby prelegenci na blankietach osobno na ten cel sporządzić się mających, najdaléj w tydzień po posiedzeniu przemówienia swoje w streszczeniu kol. Sekretarzowi wręczali. W razie nie zastósowania się do téj uchwały, mają być przemówienia według zapisków Sekretarza do protokółu i do druku podawane.

6) Przewodniczący przedstawił na członka honorowego kol. Dra Adryjana Baranieckiego, w uznaniu Jego, zasług wielorakich około Towarzystwa lekarskiego i medycyny polskiéj. Wybór odbędzie się na posiedzeniu nadzwyczajném.

Dr. Jan Rosner
Sekretarz.

Posiedzenie nadzwyczajne Tow. lek. krak. dnia 18 stycznia 1882
Przewodniczący: kol. Paszkowski. Członków obecnych 30.

Członkiem honorowym Towarzystwa wybrano jednogłośnie kol. Dra Adryjana Baranieckiego i na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie III dnia 3 lutego 1882.
Przewodniczący kol. Paszkowski. Członków obecnych 15.

1) Kol. prof. Browicz przedstawił preparat torbiela z jamy brzusznéj kobiety 47letniéj. Według dat anamnestycznych kobieta ta spostrzegła przed laty 14 powiększanie się stopniowe brzucha, które wzrastało ciągle, powoli i w przeciągu lat 6 dosięgło szczytu swego. Od lat ośmiu rozmiary brzucha nie uległy dalszéj zmianie. Chora ta zmarła w klinice w skutek zapalenia otrzewny. Przy sekcyi znaleziono w jamie brzusznéj następujące zmiany. Po otwarciu jamy brzusznéj wylewa się z téjże bardzo

znaczna ilość (kilka litrów) cieczy brudno-czerwonéj, mętnéj, pomięszanéj z płatkami włóknikowemi, przyczém odsłaniają się trzewa brzuszne zlepione grubemi pokładami wypociny włóknikowo ropnéj, gdzieniegdzie pozrastane między sobą jakotéż ze ścianą brzuszną błonami wrzekomemi. Wątroba i żołądek wyparte ku górze pod mocno wysklepioną przeponę. Cały zwój jelit cienkich zajmuje prawą i dolną część jamy brzusznéj, gdy sieć zgrubiała i pozrastana z sąsiedniemi częściami pokrywa guz okrągławy, do 30 cm. średnicy mający. Guz ten wydobywa się z głębi lewéj strony jamy brzusznéj, pokryty otrzewną ścienną, zajmuje środek i stronę lewą jamy brzusznéj i graniczy w tyle bezpośrednio z nerką lewą i zanikającém nadnerczem i wielkiemi naczyniami, w górze z żołądkiem, trzustką i śledzioną, na prawo z krezką i jelitem cienkiém. Dolny obwód guza sięga ku miednicy małéj, nie jest jednakże w związku z narządem płciowym. Macica bowiem i jajniki prawidłowego wejrzenia leżą wolno w jamie miednicy małéj. Guz ten przedstawia wybitne chełbotanie, po nacięciu przedstawia się jako torbiel o ścianie niejednostajnéj grubości, gdzieniegdzie 1 cm. grubéj, włóknistego i warstwowego wejrzenia. Wewnętrzna powierzchnia dosyć gładka pokryta warstwą żółtawéj, dosyć zbitéj masy. Torbiel wypełniony cieczą gęstawą, brudno czerwonawą, zawierającą znaczną ilość bryłek sporych miękkiéj żółtawéj masy. Badanie mikroskopowe treści torbiela wykazało obecność znacznéj ilości komórek wypocinowych, przeważnie rozpadających się ciałek czerwonych, częścią utrzymanych częścią wyługowanych (t. zw. cienie), tłuszczu i mnóstwa kryształów cholestearyny. Ściana zaś torbiela w kilku miejscach badana przedstawia utkanie tkanki łącznéj, zbite. Ani budowa ściany ani téż treść torbiela nie daje nam więc pewnéj podstawy do oznaczenia jakości torbiela. Torbiele w jamie brzusznéj napotykane, jeżeli nie są w związku z narządem płciowym, mogą być: 1) torbielami otrzewnowemi, 2) torbielami skórzakowemi, 3) torbielami pasorzytniczemi; pomijając jamiste przeobrażenie w nowotworach stałych, powstające w skutek degeneracyi tkanki nowotworowéj, a który to rozpad nigdy nie jest tak doszczętnym, ażeby wszelki ślad nowotworu zniknął. W tym przypadku może rozchodzić się o to, czy mamy do czynienia ze skórzakiem lub z torbielem pasorzytniczym, gdyż położenie pozaotrzewnowe torbiela wyklucza pierwszy rodzaj, t. j. torbiel otrzewnowy. Rozstrzygnięcie stanowcze między skórzakiem a torbielem pasorzytniczym *(echinococcus)* ze względu na brak charakterystycznych składników, jakie oba te rodzaje torbieli cechują, jest również niemożebném, jakkolwiek ze względu na pozaotrzewnowe położenie torbiela i grubą tkankołączną ścianę prawdopodobniejszém jest, iż mamy do czynienia ze skórza-

kiem, którego treść jakotéż ściana przez proces zapalny, którego ślady w treści torbiela się znajdują, uległy zmianie.

2) Kol. doc. Obaliński odczytał rzecz o zatruciu jodoformowém. (Ogłoszono w Przeglądzie Lek.)

W dyskusyi nad tym przedmiotem opowiedział kol. Kwaśnicki również przypadek zatrucia jodoformowego, który obserwował w roku ubiegłym w szpitalu św. Ludwika, a który dotyczył dziewczynki 8-letniéj, cierpiącéj na wrzód przetokowy pod więzem Pouparta. Podług wszelkiego prawdopobieństwa uległ w tym razie zapaleniu jeden z głęboko leżących gruczołów, skutkiem czego wrzód przybrał postać przetokową z wązkim względnie do dolnych wymiarów otworem. Uwzględniając wielkie naczynia téj okolicy nie rozszerzano otworu, ale idąc za radą wiedeńskich chirurgów (Mossetig, Mikulicz) zasypywano co kilka dni ów wrzód jodoformem. Ponieważ jednak ropienie nie ustawało a opatrunek nadto przemakał i cuchnął, stósowano jodoform częściéj. Po kilku tygodniach chora zaczęła puchnąć na twarzy, a badanie moczu wykazało ostre zapalenie nerek. Usunięto tedy jodoform, a chora, pomimo że kilkakrotnie przebyła drgawki z mocznicy pochodzące, wróciła po dwóch tygodniach w zupełności do zdrowia. Za przyczynę zapalenia nerek uważano płonicę przebytą w domu lub niepostrzeżenie w szpitalu. Stan wrzodu bardzo się pogorszył śród cierpienia nerkowego; wydzielina była nader obfita, wodnista, cuchnąca; granulacyje blade. Z tych względów powrócono do jodoformu. Po paru tygodniach powtórnego stósowania nagle wystąpiły drgawki przeważnie jednostronnie, a prawa połowa ciała została porażoną. Chora nieprzytomna zgrzytała zębami, zezowała, policzki czerwone, ciepłota wyżéj 40°C., tętno drobne niedozliczenia, plamy Trousseaua. Wówczas nieznane jeszcze były przypady zatrucia jodoformem, a zwłaszcza w opisanéj postaci mózgowéj. Pomimo przypadów zajęcia podstawy mózgu, zdrowe płuca i nietknięte gruczoły chłonne, oraz przebieg nagły, bez okresu bólów głowy, wymiotów, zaparcia stolca itd. przemawiały przeciw gruźliczemu zajęciu opon; z niepewnością tylko rozpoznawano „*Meningitis simplex*“ Chora wśród tych przypadów mózgowych dostała czerwonki złośliwéj i w kilka dni umarła. Sekcyja wykazała: opony mózgowe i mózg bez zmian. W nerkach ślady przebytego niedawno zapalenia. Wrzody dysenteryczne w jelitach grubych; wrzód przetokowy pod więzem Pouparta sięgający pomiędzy mięśnie i naczynia téj okolicy. Nie podejrzywając szkodliwego wpływu jodoformu nie badano wydzieliny wrzodu, czy zawierała skupiony w bryłki jodoform, jak to podali późniejsi autorowie. Dopiero spostrzeżenia Mikulicza, ogłoszone w Przegl. Lek., w których ten autor wspomina, że zatrucie jodoformem czasem objawia się jako gruźlicze zapalenie opon mó-

zgowych, naprowadziły na myśl, że i w przypadku opisanym z niczém inném nie miano do czynienia.

3) Kol. doc. Mars okazał i opisał kleszcze Tarniera, podał sposób ich użycia, wykazał zalety i wady tychże.

4) W końcu przyjęto kol. Karola Gramatykę na czynnego członka Towarzystwa. *Dr. Jan Rosner* sekretarz.

Posiedzenie IV dnia 15 lutego 1882 r.

Przewodniczący: kol. Paszkowski.

1) Protokół z dwu poprzednich posiedzeń odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący poświęcił kilka gorących słów wspomnieniu zmarłego kol. Bulikowskiego, którego pamięć zebrani koledzy uczczili przez powstanie z miejsc.

3) Kol. prof. Browicz mówił o nowotworach śródbłonkowych otrzewny. (Umieszczono w Przegl. Lek.)

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierał głos kol. Warschauer, zapytując się w szczególności, czy odbyte połogi nie stały w związku przyczynowym z powstaniem nowotworu, na co prelegent daje wyjaśnienie, że kobiety znajdowały się w porze zwrotu płciowego.

4) Kol. doc. Ponikło przedstawił wynik leczenia kodeinem (zachwalanym w ostatnich czasach w cukrzycy przez Dra Shingletona. Smith w *Brit. med. Journ.* Sept. 17. 1881 tudzież w Przegl. Lek. Nr. 51 z r. 1881) jednego przypadku cukrzycy spostrzeganego w klinice lekarskiéj. Przypadek ten dotyczył mężczyzny lat 23 liczącego, przedstawiającego cięższą formę cukrzycy, komplikowaną zaćmą obu ócz. Ilość moczu wynosiła w 1szym dniu obserwacyi 5.000 cm. sześć., procent cukru = 6·3. Przed rozpoczęciem podawania kodeinu oznaczono i stwierdzono ilość moczu i procent cukru przy dyjecie zwykłéj i wyłącznie mięsnéj z wykluczeniem wszelkich środków leczniczych; potém leczono chorego wodą karlsbadzką przez dni 10. Następnie podawano przez dni 10 małe dawki kodeinu od 0·03—0·10 dziennie, a gdy te okazały się bezskuteczne, podawano przez następne 10 dni większe dawki tego przetworu, a mianowicie od 0·30—1·00 dziennie. Po doprowadzeniu jednak dawki do 1·00 dziennie musiano kodein usunąć z powodu wystąpienia przypadów zatrucia, jak bólu głowy, szumu w uszach, ogólnego osłabienia i rozstroju. Ilość moczu nie była przy podawaniu kodeinu mniejszą, niż przy dyjecie zwykłéj lub mięsnéj bez podawania leków; wynosiła ona stale około 5.000 cm. sześć. Ilość cukru wynosiła na dobę średnio: 1) przy dyjecie zwykłéj mięszanéj 369·00, 2) przy dyjecie wyłącznie mięsnéj 333·00, 3) przy wodzie karls-

badzkiéj 246·00, 4) przy małych dawkach kodeinu 363 00, 5) przy wielkich dawkach kodeinu 238·00. W tym przypadku tedy kodein wywarł tylko bardzo nieznaczny wpływ na ilość cukru; małe dawki były zupełnie bezskuteczne, a po wielkich dawkach ilość cukru zmniejszyła się tylko nieznacznie. W zakończeniu zwraca prelegent uwagę, iż obserwacyja tego jednego przypadku nie powinna zniechęcać do dalszych doświadczeń z kodeineim, chociaż nie zdaje on się działać tak zadziwiająco skuteczne, jak podano na podstawie doświadczeń angielskich. Kol. Ponikło objaśnił rzecz tablicami, w których notowano stale dzienną i nocną ilość moczu, procent cukru, ilość cukru na dobę wydzielonego, ciężar ciała, ilość spożytych pokarmów i napojów itd.

W dyskusyi nad tym przedmiotem kol. Warschauer zastanawia się nad pojedynczemi formami cukrzycy, oraz nad różnemi sposobami jéj leczenia, oceniając wartość poszczególnych leków i sposobów leczenia, a przechodząc do leczenia kodeinem zapytuje o niektóre szczegóły, na które kol. prelegent udziela odpowiednich wyjaśnień. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie V z d. 1 marca 1882.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 15.

1) Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia i bez zmian przyjęto.

2) Prof. Blumenstok okazał: *a)* trzy przypadki pęknięcia tętniaków łuku aorty, z których dwa tyczą się kobiet a jeden mężczyzny. W przypadku ostatnim starzec, woźny magistratu, przyszedłszy do domu, żalił się na nudności, mdłości i po upływie kilku godzin skonał. Sekcyja wykazała: rozległe wynaczynienie obustronne śród tkanki okołonaczyniowéj tętnic szyjnych, przerost znaczny lewéj komórki serca, znaczną miażdżycę łuku aorty i aorty zstępującéj a nadto pęknięcie do osi równoległe w łuku znacznie rozszerzonym właśnie tam, gdzie miażdżyca była bardzo nieznaczna. W drugim przypadku kobieta lat 40 licząca podczas mycia podłogi umarła nagle; zmiany miażdżycowe były nieznaczne, jednak w części wklęsłéj łuku rozszerzonego znaleziono wrzód miażdżycowy, lejkowato od błony wewnętrznéj zagłębiający się i przeszywający małym otworem błonę zewnętrzną. Trzeci przypadek tyczy się kobiety operowanéj w klinice chirurgicznéj przez kol. Obalińskiego z powodu przybłoniaka wargi. Chora ta w kilka dni po operacyi udała się na wychodek a powróciwszy zemdlała, upadła i żyć przestała. Sekcyja wykazała: rozległe poprzeczne pęknięcie rozszerzonego łuku aorty, pomimo nieznacznych zmian miażdżycowych w miejscu pęknięcia.

Wykładający zwraca uwagę, jak trudném byłoby ocenienie sądowo-lekarskie takich przypadków w razie, gdyby denaci przed śmiercią swą nagłą byli doznali obrażenia cielesnego, np. pchnięcia lub uderzenia narzędziem tępém w klatkę piersiową. Tylko w przypadku 2gim możnaby wykluczyć urazowe pęknięcie tętniaka; w 1szym i 3cim wykluczenie byłoby niepodobném, a cech rozróżniających pęknięcie urazowe od nieurazowego nie ma.

b) Następnie wykładający podał kilka szczegółów odnoszących się do sprawdzenia tożsamości w przypadkach wątpliwych. Lekarz sądowy uwzględnia wszystko, co wpada w oczy, a tém samém i tatuowania, które u nas rzadko się napotyka a to przeważnie u mężczyzn, którzy służyli w wojsku. Podawszy kilka uwag sądowo-lekarskich w tym przedmiocie, wspomina o dziele Lombrosiego i o spostrzeżeniu jego, że we Włoszech pewne stowarzyszenia zbrodniarskie (np. t. zw. Camorra) posługują się pewnemi godłami, np. tarantuli. Okazuje następnie preparaty, z których jeden pochodzi od mężczyzny, zmarłego w oddziale kol. Paszkowskiego z wgłobienia jelit, a u którego przy sekcyi znaleziono miejsce tatuowane na ramieniu dość dobrze utrzymane; drugi zaś pochodzący od człowieka zmarłego z niemocy Brighta w klinice prof. Kaposiego w Wiedniu; preparat ten okazuje godła rycerskie pysznéj roboty oraz dokładny napis pułku i kompanii, w któréj zmarły służył, nadto krucyfiks, a w dodatku obraz sprośny. Pod względem sprawdzenia wieku zasługuje w wysokim stopniu na uwagę stan kostnienia nasad kości rurkowych. Jak u noworodków nasada dolna kości udowéj lub kości skokowéj okazuje ziarno kostne, które przemawia za tém, że dziecko najprawdopodobniéj było donoszoném, a ziarno to nawet u dzieci całkiem zgniłych jeszcze uderza twardością swoją i barwą odmienną od barwy chrząstki, tak u ludzi dorosłych stan kostnienia w nasadzie główki kości ramieniowéj rozstrzyga o tém, czy denat ukończył lat 20—24 lub nie. Wykładający przedstawia zarazem zbiór nasad jednych i drugich.

c) Z kolei przedstawia prof. Blumenstok preparaty pochodzące od dwóch mężczyzn, którzy odebrali sobie życie wystrzałem. Zecer młody zastrzelił się, przyłożywszy pistolet pomiędzy 6—7 żebrem; kula przeszyła obie komórki serca i utkwiła w kręgosłupie. W trzonie kręgu 6tego grzbietowego znaleziono mały otwór, a po wyjęciu z niego zwitka papieru wydobyto kulę całkiem spłaszczoną, do guzika podobną. Drugi przypadek zasługuje na uwagę dla tego, że na pozór nie było na trupie ani otworu wejścia ani wyjścia kuli, albowiem samobójca strzelił przez jamę ustną a kula przebiła wprawdzie sklepienie czaszki, ale utkwiła pod powłokami zewnętrznemi, gdzie znaleziono tylko obrzęk. Porównanie regularnego otworu, znajdującego się w bla-

szce wewnętrznéj sklepienia, z otworem w blaszce zewnętrznéj, większym od pierwszego i nieregularnym, jest pouczającém, ile że na podstawie tego porównania można natychmiast rozpoznać, którędy kula weszła, a którędy wyszła nawet w razie, jeżeli samo tylko sklepienie czaszki mamy przed sobą, a trupa nie widzieliśmy.

d) Wreszcie prof. Blumenstok okazał dwie czaszki pochodzące od ludzi, którzy za życia doznali obrażenia głowy. Przypadek pierwszy tyczy się wyrobnika, którego koń uderzył w okolicę nosa. Oprócz zdruzgotania kości nosowych, twarzowych i sitowéj widać na podstawie czaszki pęknięcie kości skalistéj lewéj, niepozostające w związku z resztą szczelin. Tu trzeba przypuścić pęknięcie z odbicia, jakkolwiek ono nie zdaje się być tak częstém, jak dawniéj przypuszczano. Czaszka druga pochodzi od człowieka, który umarł w szpitalu z dyfteryi jelit, a z wywiadów wynika, że przed 8 laty uderzony został kopytem końskiém w głowę. Na skórze czaszki nie było żadnéj blizny, na sklepieniu czaszki natomiast uleczone przez kostninę złamanie połączone z wgnieceniem; na wierzchołku odpowiedniéj półkuli mózgowéj ognisko udarowe, rdzawo zabarwione, w którém jeszcze można było wykazać piękne, ognisto-czerwone kryształki hematoidynu. Przypadek ten jest ciekawy z tego powodu, że po tak ciężkiém uszkodzeniu czaszki i mózgu człowiek ten żył jeszcze lat 8 bez objawów porażenia.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koledzy: Obaliński i Wilkosz.

Na têm posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie VI z d. 15 marca 1882.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 21.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Prof. Browicz okazał dwa preparaty patolog. anatomiczne, z których jeden był nowotworem wychodzącym z śródpiersia, a przy badaniu przedstawił się jako *Lymphosarcoma.* (Przypadek ten szczegółowiéj opisany zostanie przez prelegenta w Przegl. Lek.) Drugi preparat przedstawiał rzadkie zboczenie przewodu pokarmowego u noworodka. (Patrz: Zapiski kazuistyczne w Przegl. Lek.)

W dyskusyi nad tym ostatnim przedmiotem zabierali głos prof. Madurowicz i Korczyński, prosząc prelegenta o wyjaśnienie, czyby przedziurawienia jelita odchodowego nie można uważać jako następstwo zapalenia rozrostowego otrzewny, prze-

bytego w czasie życia płodowego, a prof. Korczyński nadmienia, że możnaby rzecz w ten sposób tłumaczyć, że nowowytworzona tkanka, kurcząc się, wyciągała części ściany jelita w podobny sposób, jak włóknista tkanka w przewlekłém zapaleniu śródpiersia wyciąga niekiedy ścianę gardziela, dając powód do wytworzenia się uchyłku (*diverticulum*). Smołka, gromadząc się w takim uchyłku jelita, mogłaby wypuklać coraz bardziéj część ściany jelita, co ostatecznie sprowadzićby mogło przedziurawienie i wywołać dostawanie się smołki do jamy otrzewnowéj. W odpowiedzi prof. Browicz utrzymuje, że zapalenie otrzewny nie mogło być przyczyną zmian chorobowych, bo musiałaby istnieć niedrożność; tu zaś zmiany zapalne znajdują się powyżéj miejsca przedziurawienia. Daléj zwraca uwagę na konfiguracyję jelita grubego, która tłumaczy dostatecznie powód mechaniczny przedziurawienia jelita. Przy sposobności zwraca uwagę na wpływ wydzielin fizyjologicznych niezanieczyszczonych istotami infekcyjnemi, które nie sprowadzają zapalenia ropnego ale produktywne, jak w przypadku Cohnheima, w którym żółć wydobywająca się podobne zmiany wywołała. W dyskusyi nad tym przedmiotem głos jeszcze zabierali kol.: Doc. Obaliński i prof. Oettinger.

3) Następnie Przewodniczący powitał kol. prof. Korczyńskiego, dziękując mu, że pierwsze kroki po ciężkiéj chorobie zrobił celem wzięcia udziału w posiedzeniu Towarzystwa lek.

4) Daléj kol. Ściborowski przedstawił szczawę alkaliczną sztuczną z fabryki p. K. Rzący w Krakowie, przyrządzoną według składu wody bilińskiéj, z tą różnicą, że ilość składników wzięto w cyfrach okrągłych, składniki zaś znajdujące się w nader małéj ilości, jako bez znaczenia, opuszczono. Woda ta zawiera w 10.000 cz. wody przekroplonéj, węglanu sodowego 30,00, węglanu wapniowego 4,00, węglanu magnowego 1,5, węglanu litowego 0,2, siarkanu potasowego 2,00, siarkanu sodowego 8,00, chlorku sodu 4,00; przytém odznacza się dokładném wysyceniem gazem kw. węglowym. Dla składu powyższego przetwór ten zasługuje na uwzględnienie.

Kol. prof. Korczyński ubolewa nad tém, że Tow. lek. rozwiązało Komisyję do popierania krajowych wyrobów lekarskich. Komisyja ta, zwracając szczegółową uwagę na przetwory chemiczne w kraju wyrabiane a mające związek z medycyną praktyczną, jak niemniéj na wyroby leków i przetworów aptecznych w ścisłém tego słowa znaczeniu, wreszcie na handel ziołami krajowemi, mogła oddać krajowi znakomite usługi. Obecnie spada na pełne posiedzenia Towarzystwa obowiązek opiekowania się sprawami krajowych wyrobów.—Wody lekarskie p. K. Rzący, zdaniem prof Korczyńskiego, zasługują na szczególne uwzględnienie i stanowcze poparcie, albowiem przyrządzane są bardzo

starannie i sumiennie. Mogą one w zupełności zastąpić nie tylko sztuczne wody (jak litową, jodową, żelezistą) do niedawna w znacznéj ilości z zagranicy sprowadzane, ale nadto używane być mogą z równym skutkiem jak niektóre wody rodzime, np. Selterska i Vichy. To téż kol. prof. Korczyński używa tych wód od dawna tak w klinice jakotéż w praktyce prywatnéj. Obecnie wyrabiana sztuczna woda bilińska jest bardzo smaczna, zawiera obfitą ilość kwasu węglowego, którym woda jest tak dobrze nasycona, że po otwarciu flaszki nawet po dłuższym czasie zawiera jeszcze dość znaczną ilość kwasu węglowego. W końcu zwraca uwagę prof. K., że powinniśmy wody p. Rzący, które nie rywalizują z rodzimemi wodami krajowemi, tak popierać, jak Niemcy popierają swe sztuczne wody lekarskie.

5) Kol. prof. Korczyński odczytał rozprawę o wrzodach gruźliczych pierwotnych w jelitach. Po krótkim poglądzie na rodzaje wrzodów gruźliczych na błonach śluzowych i na obecne teoryje wytwarzania się wrzodów gruźliczych tak pierwotnych jak i następowych, przeszedł do wrzodów gruźliczych w jelitach i starał się wykazać, że wrzody pierwotne są bardzo rzadkie, wrzody zaś następowe przydarzają się najczęściéj w przebiegu gruźlicy i suchót płucnych (prawie w połowie przypadków), rzadko tylko w przebiegu gruźlicy innych narządów. Przy téj sposobności przytacza prelegent jeden przypadek z zakładu kol. prof. Browicza, gdzie wrzody gruźlicze w jelitach powstały skutkiem zapalenia gruźliczego kości. Oprócz przypadku pierwotnych wrzodów gruźliczych w jelitach, opisanego przez kol. Ponikłę w sprawozdaniu kliniczném, który to przypadek prelegent w krótkości przytacza, opisuje on szczegółowo drugi przypadek, w klinice lekarskiéj krakowskiéj spostrzegany, gdzie rozpoznanie pierwotnych wrzodów gruźliczych w jelitach zacieśniających światło jelit przez następowe ograniczone zapalenie otrzewny zostało stwierdzone dalszym przebiegiem choroby i sekcyją. Głównym objawem choroby była w tym przypadku uporczywa biegunka i znaczne upośledzenie odżywienia, późniéj dopiero pojawiły się przypady zwężenia jelit i nieznaczna gorączka. Prelegent omawia przy téj sposobności znaczenie rozpoznawcze objawów wrzodów gruźliczych w ogóle, a co do etyjologii skłania się do przypuszczenia, że ostateczną przyczyną wytworzenia się wrzodu gruźliczego było w tym przypadku zapalenie urazowe lub przynajmniéj zmniejszenie fizyjologicznéj oporności tkanin, wywołane urazem w brzuch. (Rozprawa ta umieszczoną będzie w „Medycynie.“)

Na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie VII dnia 5 kwietnia 1882 r.

Przewodniczący kol. Doc. Jordan. Członków obecnych 16.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący wspomina kilku gorącemi słowy zmarłych prof. Dra Raf. Czerwiakowskiego i kol. Dra Karola Gramatykę, których pamięć członkowie czczą przez powstanie.

3) Na członka korespondenta wybrano jednogłośnie kol. Dra Seweryna Michalskiego.

4) Kol. Zarewicz przedstawił chorego z liszajem żrącym, zwracając uwagę na usadowienie guzków (na około części rodnych) jakotéż na charakter tychże. W dyskusyi zapytuje kol. Warschauer, czy choroba ta nie stoi w związku z kiłą, na co prelegent odpowiada, że i w tym razie nie wykazano żadnego związku i że zdanie takie nie znachodzi dzisiaj stronników.

5) Kol. prof. Korczyński odczytał rzecz: „O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (*fibrosis s. fibromatosis*) z przeważném uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnowéj. Podawszy definicyję téj zmiany chorobowéj i rozwój pojęcia tego przez Virchowa, Perlsa, Buhla, a przeważnie Benekego, twierdzi on, że w obec przypuszczalnego usposobienia ogólnego i konstytucyjonalnego, które w zasadzie zaprzeczyć się nie da, zanadto mało uwzględniany bywa wpływ bodźców miejscowych i innych zboczeń ogólnych, i za główny cel swéj pracy kładzie wykazanie ważności wpływów bezpośrednich, które podniecają rozrost tkanki włóknistéj. Następnie prelegent przechodzi poszczególne narządy i wykazuje, w jakich przypadkach uciekać się trzeba do usposobienia konstytucyjonalnego, i jakie wpływy i bodźce bezpośrednie wykryć można w poszczególnych narządach dla rozrostów włóknistych.

Zmiany włókniste w tkance podskórnéj wywołane bywają przez wrzody długotrwałe, drażnienia miejscowe, zaczopowanie żył, utrudniony odpływ limfy, częste zapalenie skóry różycowe, wreszcie przez raki włókniste z bardzo obfitém i szeroko rozpościerającém się podścieliskiem włóknistém. Tylko w tych przypadkach, gdzie międzу nasileniem podniety miejscowéj a rozrostem włóknistym zachodzi rażący niestosunek, jak niemniéj w rakach o bardzo rozległém podścielisku włóknistém (jak to prelegent wykazuje na obserwowanym przez siebie przypadku raka pacierzowego na klatce piersiowéj), odwołać się trzeba do usposobienia osobniczego.

W płucach zmiany włókniste powstają skutkiem ciał obcych, pylicy, kiły, długotrwałego nieżytu oskrzelowego, nacieków serowatych, gruzełków, zapalenia opłucny i zapalenia płuc. Je-

żeli stwardnienia włókniste w tkance międzyzrazikowéj i około oskrzelowéj wytwarzają się skutkiem miejscowego drażnienia i ograniczają się tylko do samych płuc i opłucny, np. w przebiegu pylicy, nieżytu oskrzelowego, ropnia lub zgorzeli płuc, nie koniecznie potrzeba szukać przyczyny konstytucyjonalnéj, a co najwyżéj tylko uwzględnić należy stosunki odżywienia, które w mniejszym lub większym stopniu sprzyjać mogą wytwarzaniu się tkaniny stałéj, a zapobiegają tworzeniu się utkania skłonnego do rozpadu. Jeżeli jednak tkanka włóknista w płucach rozrastała się skutkiem kiły, zmian serowatych lub gruzełkowych, wtedy istotnie dociekać trzeba przyczyn, które zamiast mało żywotnych nacieków zrazikowych, które prowadzą zazwyczaj do suchót płucnych, zwracają zapalenie na tor rozrostowy, mniéj dla ustroju szkodliwy. W tym względzie podział Benekego na suchoty włókniste i zołzowe jest w znacznéj części usprawiedliwiony.

Zmiany rozrostowe w opłucny, tkance podopłucnowéj, w osierdziu i tkance podosierdziowéj towarzyszą bardzo często zwyrodnieniu włóknistemu płuc, które rozwija się na tle ustrojowém lub bez takowego skutkiem bodźców poprzednio wymienionych, nadto powstają w przebiegu wad sercowych, gośćca stawowego, i przewlekłych chorób nerkowych. Do właściwości ustrojowych jako do głównego momentu etyjologicznego uciekać się trzeba w takich przypadkach, jeżeli zmiany włókniste są znacznego stopnia, jeżeli równocześnie buja także tkanka łączna w mięśniu sercowym, jeżeli zmiana rozrostowa w opłucny podnieca takąż zmianę w płucach, wreszcie jezeli dla zwyrodnienia włóknistego nie można wykryć dostatecznéj przyczyny miejscowéj.

Czy zapalenie włókniste mięśnia sercowego oparte jest zawsze na podstawie konstytucyjonalnéj pouczyć mogą dopiero ściślejsze spostrzeżenia.

Zapalenie włókniste śródpiersia, sądząc po przypadkach Tiedemanna, powstaje skutkiem pylicy, kiły i opilstwa. We własnym przypadku, jaki prelegent przytacza, zapalenie włókniste śródpiersia rozwinęło się u chłopca wybitnie skrofulicznego, w skutek przewlekłego, zlepnego zapalenia osierdzia. Jeżeli ta sama zmiana włóknista zajmuje także sąsiednie tkaniny, lub jeżeli nie można wykryć dostatecznéj przyczyny miejscowéj, wtedy także przyjąć trzeba pewną swoistą właściwość tkanin; ażeby jednak dociec, na czém ona polega, potrzeba przy sekcyjach już naprzód zwracać uwagę na budowę kośćca, rozmiary naczyń itp.

Zapalenie włókniste otrzewny i tkanki podotrzewnowéj przenosi się nierzadko do klatki piersiowéj, tak samo jak zapalenie włókniste opłucny i tkanki podotrzewnowéj w rzadszych przypadkach przechodzi na otrzewnę i tkankę podotrzewnową. Dla czego przepona raz stanowi granicę spraw rozrostowych, drugi raz nie,

na to pytanie nie można dotąd dać stanowczéj odpowiedzi. Przewlekłe, pełzające, rozrostowe zapalenie otrzewny rozwija się niekiedy w przebiegu kiły i wśród przewlekłego opilstwa. Niekiedy przyczyny miejscowe są tak nieznaczne, że z koniecznością odwołać się trzeba do pewnego ustrojowego usposobienia tkanki łącznéj, czy to miejscowego, czy téż ogólnego, jako do głównego momentu, który pośredniczy rozrostom włóknistym.

W wątrobie nieprawidłowy rozwój tkanki włóknistéj łączy się bardzo często z takimże samym stanem nerek, nawet w tych przypadkach, gdzie można wykluczyć nadużywanie napojów wyskokowych, zresztą bywa wywołanym zastojem krwi, żółci, kiłą, nowotworami lub ciałami obcemi. Zmiany włókniste w trzustce zawdzięczają swe powstanie również kile, nadużywaniu napojów wyskokowych, lub powstają skutkiem szerzenia się sprawy zapalnéj z części sąsiednich. Częstokroć łączą się one z marskością wątroby i z zanikiem ziarnistym nerek.

Zanik ziarnisty nerek zdaje się tą samą chorobą co zapalenie miąższowe, a różnice w obrazie anatomicznym pochodzić mogą od obecności lub braku zmian włóknistych w naczyniach, zamożności ustroju w krew, dostatecznego odżywiania się lub czynników ustrojowych, tak dalece, że jeżeli gdzie, to dla zaniku nerek istnienie pewnego, dotychczas jeszcze ścisłemi granicami niedającego się określić, usposobienia ogólnego do rozrostu tkanki łącznéj, jest w zupełności usprawiedliwione, osobliwie skoro według Buhla zanik ten ma się tak często łączyć z zapaleniem bliznowatém mięśnia sercowego, osierdzia i wsierdzia.

Następnie przytacza prelegent opis 8 przypadków zwyrodnienia włóknistego w otrzewny, tkance otrzewnowéj i w trzewach wewnętrznych, z których jeden pochodzi z zakładu kol. prof. Browicza, reszta zaś z kliniki lekarskiéj. Z tych 3 przypadki zostały już opisane przez Dra Smoleńskiego w Pam. Tow. lek. warsz.

Zestawiając te przypadki podnosi prelegent następujące szczegóły: Z pośród 8 przypadków 6 przydarzyło się u kobiet, 2 u mężczyzn. Że przyczyną téj częstości u kobiet nie może być większa wrażliwość otrzewny przez związek z czynnością narządów płciowych, udowadnia ta okoliczność, że tylko w dwóch przypadkach znaleziono zmiany w przewodzie rodnym, które można było wprowadzić w związek przyczynowy ze zmianami włóknistemi. Przeciwnie co do płuc, wątroby, nerek i tkanki podskórnéj zwyrodnienie włókniste zdaje się częściéj przydarzać u mężczyzn aniżeli u kobiet. Przeważna część chorych znajdowała się w wieku późniejszym, co zgadza się ze spostrzeżeniem że i w innych narządach zwyrodnienia włókniste przydarzają się częściéj w wieku dorosłym lub starczym. W zupełném prze-

ciwieństwie do zdania Benekego, że podstawy konstytucyjonalne dla rozrostów włóknistych zbliżają się rychléj do budowy napotykanéj przy nowotworach przerostowych i rakowych, wynika z tych przypadków, że prawie wszyscy chorzy okazywali kościec słabo rozwinięty, odżywienie liche, a nawet w 3ch przypadkach znaleziono w budowie serca, naczyń, a względnie macicy, wybitne podstawy anatomiczne blednicy ustrojowéj. Zdaje się jednak, że ta właściwość odnosi się tylko do jamy brzusznéj. Ponieważ z wyjątkiem tylko przypadku ostatniego, we wszystkich innych dały się wykryć dostateczne przyczyny miejscowe dla rozrostu tkanki łącznéj nie można bezwarunkowo lekceważyć znaczenia bodźców bezpośrednich.

Ostatecznie dochodzi prelegent do wniosku, że zwyrodnienie włókniste tkanin (*fibrosis*) jest jednostką patologiczną, która zasługuje na takie same uwzględnienie, jak inne zwyrodnienia tkanin. W znaczeniu etyjologiczném nazwa *fibromatosis* jest również usprawiedliwioną, gdyż jeżeli nie dla wszystkich, to w każdym razie dla przeważnéj części zwyrodnień włóknistych przyjąć trzeba jako moment etyjologiczny pewną właściwość tkanin, usposabiającą do rozrostu tkanki łącznéj. Na czém ta właściwość polega, wykazać mogą dopiero ściślejsze badania. Przytém jednak nie trzeba spuszczać z oka przyczyn bezpośrednich, które niekiedy mogą mieć wielkie znaczenie. W każdym razie przedmiot ten stanąć powinien na porządku dziennym dyskusyi i skrzętnych poszukiwań.

Dyskusyję nad powyższym odczytem odłożono z powodu spóźnionéj pory do przyszłego posiedzenia i na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie VIII z d. 26 kwietnia 1882.

Przewodniczący: kol. Doc. Jordan. Członków obecnych 17.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Przewodniczący, w porozumieniu z Komitetem przedstawia na członka honorowego Tow. prof. Dra Arlta a to ze względu na znakomite zasługi jego na polu nauki.

3) Przewodniczący podnosi sprawę II Zjazdu czeskich lekarzy i przyrodników, zachęcając do jak najliczniejszego w nim udziału. Delegatem na Zjazd ten wybrano ze strony Towarzystwa prof. Dra M. Jakubowskiego.

4) W dyskusyi nad odczytem prof. Korczyńskiego, na zeszłém posiedzeniu wygłoszonym, zabrał głos prof. Browicz: Tenże przypisuje indywidualnym, wrodzonym własnościom tkanek

główną rolę w sprawie rozrostu tkanki łącznéj i wszelkiéj w ogóle produkcyi tkaninowéj. Bodźce zewnętrzne mają tylko znaczenie pośrednie przez to, iż przy działaniu częstém, dłuższém a nawet trwałém wytwarzają wśród tkanin, a raczéj systemów tkankowych, mniéj lub więcéj korzystne warunki, które są niezbędne i w obec których tylko zdolność histogenetyczna tkanek ujawnić się a produkcyja do skutku przyjść może. Gdyby bowiem bodźce zewnętrzne miały to znaczenie, jakie im w ogóle przypisujemy i na co prelegent większy nacisk kładzie, o wiele częściéj spotykalibyśmy się z t. zw. włóknistém zwyrodnieniem aniżeli to rzeczywiście się dzieje. Wyskok, kiła, pyły, różne np. tak rozpowszechnione wpływy szkodliwie na ustrój działające, którym właśnie w sprawie rozrostu tkanki łącznéj tak ważne znaczenie przypisujemy, o wiele rzedziéj rozrost tkanki łącznéj sprowadzają, aniżeli to z rozpowszechnionego działania tychże czynników wypadałoby. Mały stosunkowo procent ludzi ulega zmianom pylicowym, jeżeli uwzględnimy, jak znaczna ilość na wpływy te narażoną bywa. To samo odnieść można do marskości wątroby lub nerek, których bezpośrednią przyczyną mają być bodźce, jak wyskok lub kiła. Do téjże indywidualnéj różnicy w własnościach tkanki łącznéj odnieść należy różnice w wejrzeniu i składzie nerek w chorobie Brighta, polegające na różnym stopniu udziału tkanki łącznéj w zmianach chorobowych, różnorodnemi szkodliwościami sprowadzanych. Zdaniem więc kol. Browicza ogólniejszy rozrost tkanki łącznéj, nadmiernie bujającéj, powstać może u tych tylko osób, u których tkanka łączna większą zdolnością histogenetyczną jest obdarzona bez względu na jakość bodźca zewnętrznego, pośrednio tylko działającego.

Kol. Warschauer listownie podaje swe uwagi, a mianowicie zaznacza, iż dotychczasowy podział chorób na miejscowe i ogólne utrzymuje się w całéj pełni. atoli ilość chorób ogólnych, ustrojowych z postępem czasu i skutkiem ścisłego badania bezsprzecznie się powiększy. Kol. W. zwraca daléj uwagę, że prelegent musiał wkroczyć w dziedzinę anatomii patologicznéj, gdyż ta ostatnia wprzód wykazać winna związek zmian na zwłokach spostrzeganych, by je módz zjednoczyć w chorobową jednostkę, a klinika korzystając ze wskazówek anatomii patologicznéj śledzi za pojawami, któreby umożebniły rozpoznanie choroby ogólnéj za życia. Ztąd wynika, że z postępem czasu liczba chorób ogólnych powiększyć się może, skreślenie zaś obrazów chorobowych wykona klinika na podstawie badań anatomiczno-patologicznych. Że zaś rozpoznanie za życia jest możebném, dowodem tego przypadek przez prelegenta podany, a przez kol. Poniklę obserwowany, w którym *fibromatosis* z rozrostu tkanki łącznéj otrzewnowéj rozpoznaną być mogła.

W odpowiedzi kol. prof. Browiczowi nadmienia **p r e l e g e n t**, że nie przecząc wcale ogólnemu usposobieniu ustrojowemu lecz i owszem uważając takowe jako ważny czynnik etyjologiczny, dla tego większe znaczenie przypisuje bodźcom bezpośrednim, że przy powstawaniu wielu innych spraw chorobowych, bodźce te znakomitą odgrywają rolę, że niektóre choroby w zasadzie ściśle ustrojowe nawet bez wrodzonego tła ustrojowego rozwijają się pod wpływem bodźców zewnętrznych lub wewnętrznych znaczniejszego nasilenia, wreszcie z powodu, że dwie wręcz sobie przeciwne sprawy w tkance łącznéj: rozrostową i rozpadowa równocześnie u jednego osobnika pojawić się mogą, co zależeć może tylko od przyrody i nasilenia podniety chorobowéj. Zgadzając się w zupełności ze zdaniem kol. Warschauera twierdzi, że niemożność ujęcia dotąd zwyrodnienia włóknistego tkanin jako sprawy ogólnéj w ścisły obraz kliniczny, w obec ważności przedmiotu zachęcić właśnie powinna do tém skrzętniejszych po zukiwań.

5) Członkiem korespondentem Tow. wybrano jednogłośnie kol. Edwarda B r ü h l a.

6) Kol. prof. K o r c z y ń s k i czyni wniosek: aby w imieniu Tow. wniesiono petycyję do Koła polskiego w Wiedniu o poparcie sprawy utworzenia Izb lekarskich z przymusowém należeniem do tychże. Wniosek ten przyjęto wraz z dodatkiem, aby upraszać Tow. lek. galic. o działanie w tym samym kierunku.

7) T e n ż e wnosi: aby Towarz. zajęło się wykonaniem portretu śp. prof. Kozubowskiego, i aby postarano się o pomieszczenie go w jednéj z sal wykładowych Uniw. Uchwalono.

8) T e n ż e wnosi: aby Tow. wyraziło kol. Paszkowskiemu życzenia z powodu zupełnego przyjścia do zdrowia po przebytej ciężkiéj chorobie. Uchwalono.

9) Kol. doc. G r a b o w s k i jako sprawozdawca Komitetu wnosi: aby Towarzystwo wydawało rocznik z protokołami Tow. i komisyi balneologicznéj. Wniosek przyjęto a wykonanie poruczono wnioskodawcy.

10) Kol. P o n i k ł o przedstawił chorego z drżączką (*paralysis agitans)*, opowiedział przebieg choroby, uzasadnił rozpoznanie i podał stosowane dotąd różne sposoby leczenia:

Dawid Seiler, l. 44, zegarmistrz, żonaty, ojciec trojga zdrowych dzieci. Ojciec chorego umarł prawdopodobnie na zapalenie płuc, matka na chorobę sercową. Nikt z bliższych i dalszych krewnych chorego nie cierpiał nigdy na choroby układu nerwowego. Chory w pietnastym roku życia przebywał zimnicę, a w 29 roku życia dur brzuszny (przed 15 laty), po którym nie wystąpiła żadna choroba następowa.

W lecie roku 1877 chory, jak z wywiadów prawie z pewnością wnosić można, zapadł na przyostrą chorobę Brighta (ogólna puchlina znaczna, bóle w okolicy lędźwiowéj, skąpa ilość moczu, które przypady po 6ciu tygodniach ustąpiły, aby powtórnie z większém nasileniem po 14 dniach wystąpić). Chory leczony był na to cierpienie w szpitalu powszechnym przemyskim, zkąd wyszedł zupełnie zdrów.

W roku 1880 na wiosnę zapadł na różę twarzy i głowy, która trwała 2 tygodnie. Odtąd cieszył się zupełném zdrowiem aż do czerwca r. 1880, kiedy poczęło się rozwijać kilkakrotnie odnawiające się zapalenie skóry w okolicy goleniowéj prawéj, które doprowadziło do wytworzenia się wrzodu modzelowatego, na który chory nasz był leczony również w szpitalu w Przemyślu. Przypady jednak ze strony układu nerwowego, mogące być uważane z wielkiém prawdopodobieństwem za pierwsze początki cierpienia obecnego, datują się od przeszło lat 10ciu. Już wtedy doznawał chory czasem lekkiego drgania rąk i nóg, szczególniéj rano, gdy wstawał z łóżka, do czego wszelakoż żadnéj wagi nie przywiązywał; przyznaje również, że od lat kilkunastu postradał dawną delikatność w wykonywaniu ruchów skombinowanych palcami, nigdy jednak aż do lata roku 1880 do tego stopnia, aby doznawał znaczniejszéj przeszkody w wykonywaniu swego zajęcia fachowego, t. j. zegarmistrzostwa (nawet w zimie b. r. — rzecz na pozór dziwna — mimo zaawansowanego cierpienia podczas pobytu w klinice lekarskiéj zdołał z wysileniem naprawić zegarek kieszonkowy). W r. 1877 po przebyciu zapalenia nerek spostrzegł mimowolne, zrazu słabe, pociąganie głowy ku stronie lewéj, które jednak dowolnemi ruchami mógł zwalczyć. Przeciw zboczeniu temu nie szukał nigdy pomocy lekarskiéj. Stopniowo, lecz bardzo wolno, pociąganie to wzmagało się, lecz zwróciło żywszą uwagę chorego dopiero podczas pobytu w szpitalu w Przemyślu w r. 1880, gdy się leczył na wrzód modzelowaty podudzia. Tamże na naradzie lekarskiéj podówczas bawiący prof. Korczyński, zwiedzając szpital, zaproponował choremu udanie się do kliniki lekarskiéj na obserwacyję.

Chory przybył do Krakowa i został przyjęty do kliniki lekarskiéj w d. 4 listopada 1880. Badanie w d. 5 listopada 1880 przedsięwzięte wykazało: Mężczyzna dosyć dobrze rozwinięty, miernie odżywiony. Skóra blada, piegowata, sucha, przyskórek tu i ówdzie łuszczący się, podściółka tłuszczowa skąpa. Na podudziu prawém znajduje się wrzód płaski, około 4cm. w średnicy, o dnie niejednostajnie zaczerwienionem, o brzegach twardych modzelowatych; dno wrzodu pokryte wypociną rzadką, posokowo-ropiastą. Czaszka symetryczna wynosi w obwodzie 54cm. wymiar przodowo-tylny 17 $^1/_2$cm., wymiar boczny 15cm. Między 7

a 12 kręgiem piersiowym znachodzi się nieznaczne skrzywienie stosu pacierzowego na lewo. Kręgi piersiowe od 1go do 7go przy ucisku nieco bolesne. Dolny kąt łopatki lewéj o 4cm. niżéj ustawiony niż prawéj. Spojówki blade. Błona śluzowa ust i gardła również blada, niedokrewna. Język w tylnéj swéj części obłożony jest pokładem blado-żółtawym. Na szyi rysują się bardzo wybitnie kontury mięśni mostko-sutko-obojczykowych, o wiele więcéj atoli prawego. Palpacyją stwierdzić można było, iż mięsień mostko-sutko-obojczykowy prawy w środkowéj swéj części jest prawie 2 razy grubszy niż lewy, przytém przy dotyku zbity i twardy. Badanie narządu oddechowego i krążenia prócz słabości tonów sercowych i wolności tętna (64 na m.) nic uwagi godnego nie wykazało, dla tego prelegent nie przytacza rezultatu ściślejszego badania tych narządów. Brzuch nieco wypukłony; mięśnie brzuszne przy obmacaniu napinają się silnie. Wątroba rozmiarów prawidłowych, śledziona nieco pod łukiem żebrowym macalna. Łaknienie prawidłowe. Wypróżnienia stolcowe regularne. Mocz oddawany z łatwością w średniéj dziennéj ilości 1200cm. sz. zawiera małą ilość białka; inne składniki prawidłowe. W sferze zmysłowéj żadnych zboczeń. Usposobienie chorego wesołe. Inteligencyja nie wydaje się być upośledzoną, pamięć zachowana. Czucie dotykowe, bólu i czucie ciepłoty zupełnie prawidłowe. Czucie elektryczne, tak przy badaniu prądem stałym jak indukcyjnym, zupełnie dobrze zachowane. Odruchy skórne i ścięgniste nieco wygórowane. Objawu stopowego brak. Najwybitniejsze zmiany wykazuje sfera ruchowa. Uderza na pierwszy rzut oka mimowolne drganie głowy, zwłaszcza rzucanie takowéj kurczowe ku stronie lewéj, przyczém prawy mięsień mostko-sutko-obojczykowy znacznie się napina. Szczegółowiéj rzecz ma się jak następuje: Bezustannie (10—30 razy na minutę), wyraźniéj jednak wtedy, gdy chory zamierza wykonać jakiś ruch dowolny, lub zostaje pod wpływem jakiego wrażenia umysłowego, szyja, a z nią głowa, skręca się mimowolnie na około osi pionowéj ku stronie lewéj o kąt mniéj więcéj 40—60 stopni i pozostaje nader krótką chwilkę w tém położeniu w spokoju, przyczém broda zbliża się do ramienia lewego a twarz przybiera wyraz człowieka zabierającego się do bójki (górna warga zaciśnięta na dolną, brwi zmarszczone). Po dokonaniu każdego takiego ruchu następują bardzo liczne drobne oscylacyje głowy około osi pionowéj. Chory, świadom téj nienaturalnéj postawy, stara się wszelkiemi siłami nadać głowie prawidłowe ułożenie, lecz tylko przy pomocy rąk udaje mu się czasem z wielkim wysiłkiem zwalczyć ruch ten kurczowy na bardzo krótko.

Mięśnie twarzy funkcyjonują prawidłowo: czoło chory marszczy dobrze, powieki zamyka z łatwością. Usta do gwizda-

nia składa dobrze. Mówi dobrze i łatwo. Połykanie zupełnie prawidłowe. Mięśnie języka funkcyjonują zupełnie prawidłowo.

Odnogi górne podparte lub zwieszone w jakiémkolwiek położeniu nię drgają wcale, puszczone wolno lub przy wykonywaniu ruchów dowolnych drgają. Drgania te zawisły przeważnie od kurczów mięśni ramienia, mniéj przedramienia, to téż jeśli chory wykluczy wpływ mięśni ramienia na ruchy ręki i palców, np. oparłszy dobrze odnogi górne na stole aż do stawu nadgarstkowego, może wykonać manipulacyję wymagającą dość delikatnych ruchów palcami, np. nawlec drobną igłę lub kilka ściegów dość dobrze zrobić, chociaż lekarstwa na łyżce żadną miarą do ust donieść nie zdoła. Drgania te mięśni ramienia są rytmiczne o małéj ekskursyi, która się powiększa przy wykonywaniu jakiegokolwiek ruchu dowolnego.

Gdy przy ułożeniu ciała poziomém trzyma odnogi górne pionowo, można wyraźnie spostrzedz i wymacać wybitne rytmiczne drgania w mięśniu piersiowym wielkim, mniéj więcéj 5 drgań na 3 sekundy: z tych pięciu drgań 1sze jest najsilniejsze, każde następne słabsze, a po piątém najsłabszém występuje znów silne drganie otwierające następny szereg 5 drgań. Odnogi dolne nie drgają wcale, chory chodzi zupełnie dobrze; objawów niezborności nie ma żadnych; przy zamkniętych oczach chód równie pewny i dobry. Siada i wstaje bardzo łatwo, znużenia mięśni po dłuższém chodzeniu nie uważa. Oddziaływanie elektryczne mięśni prawidłowe. Bólów mięśniowych brak zupełny. Dynamometr okazuje siłę ręki prawéj 34 kilogr., ręki lewéj 30 kilogr. Czasem skarży się chory na kurcze i rodzaj lekkiego zesztywnienia odnóg dolnych, zwłaszcza przy zgięciu nóg w kolanie występuje lekkie skurczenie tężcowe mięśni udowych. Mniéj często żali się na uczucie mrowienia i zesztywnienie mięśni grzbietu strony prawéj. Ciężar ciała 55,50 kilogr.

Badanie oftalmoskopowe niemożebne do wykonania z powodu bezustannych ruchów głowy. Bóle głowy częste, zwłaszcza po stronie prawéj. Sen przerywany; czasem okresowa bezsenność. Chory pozostawał w klinice lekarskiéj aż do chwili zamknięcia kliniki w d. 20 lipca 1881. Z kategoryczną dyjagnozą powstrzymano się aż do wyników dłuższéj obserwacyi, zastosowano zaś leczenie symptomatyczne. Przez cały przeciąg czasu pierwszego pobytu chorego w klinice lekarskiéj nie zaszła w przypadach ze strony sfery ruchowéj żadna zmiana na lepsze, owszem oprócz wzmożenia się opisanego powyżéj szczegółowo pociągania głowy ku stronie lewéj wystąpiły wyraźniejsze drgania mięśni przedramienia Przy wykonywaniu ruchów rękami, zwłaszcza wymagających fleksyi w stawie łokciowym, doznawał chory coraz większych trudności, np. gdy usiłował pić z naczynia, ze szklanki,

musiał siadać na stołku, oprzeć łokieć o krawędź stołu, nachylić głowę ku dołowi, przyłożyć szczęki silnie do brzegu naczynia i w ten sposób z wielkim mozołem wśród ustawicznych zrywań głowy wciągać płyn z naczynia.

Z początkiem lata 1881 poczęły nadto przy gwałtowniejszych ruchach dowolnych pojawiać się lekkie drgania mięśni twarzowych, kurczowe ruchy powiek i brwi, tudzież czasem zataczanie gałki ocznéj ku stronie lewéj (prawdopodobnie z powodu ustawicznego uchylania się osi widzenia ku stronie lewéj). Nadto z trudnością przychodziło choremu wyprostowywać rękę lub zwierać takową w pięść.

Poprzednio podany wynik badania nie wykazał żadnych zmian w mięśniach odnóg dolnych i chodzie; nie można téż było żadnych dostrzedz aż do początku czerwca 1881; od tego czasu wszelakoż zauważył chory, iż trudno mu długo ustać na jedném miejscu, iż nuży się przy dłuższém chodzeniu, a czasem zatacza się. Należy tu zanotować z przebiegu częste występowanie bólów głowy, najdokuczliwsze były one w marcu i kwietniu, tak iż wymagały injekcyj morfinu; były czasem toru intermitującego, najczęściéj poczynały się pod wieczór. Wśród bólów tych nie było żadnych zmian naczynioruchowych ani téż nieprawidłowości w źrenicach. Chory przez cały przeciąg obserwacyi nigdy nie gorączkował. Stan ogólnego odżywienia polepszył się znakomicie; ciężar ciała przy wyjściu chorego z kliniki w dn. 20 lipca wynosił 63,550, podczas gdy w chwili przyjęcia wynosił zaledwie 55,500 kilogr. Po zamknięciu kliniki z końcem lipca 1881 chory udał się do domu, gdzie przebywał do października t. r. potém przybył do Krakowa a po kilkotygodniowym pobycie w szpitalu św. Łazarza, gdzie był leczony na wrzód modzelowaty podudzia, który się podczas pobytu w domu odnowił, został w dniu 5 grudnia 1881 powtórnie przyjęty do kliniki lekarskiéj.

Stan obecny w dniu powtórnego przyjęcia różnił się tylko tém od wyników badania powyżéj podanego, że przypady chorobowe dotyczące sfery ruchowéj układu nerwowego postąpiły naprzód. Dalszy przebieg cierpienia przez ostatnie pięć miesięcy, obok ustawicznego potęgowania się zmian nacechowanych, wykazuje następujące przypady nowe: 1) wybitniejsze drgania mięśni uda i podudzia; 2) utrudnione chodzenie z powodu rychłego znużenia, czasem chód niepewny, zataczanie się; 3) silne skurczenie mięśni uda przy zgięciu odnóg dolnych w kolanie; 4) z naciskiem wypada wspomnieć o występującym czasem szczególniejszym rodzaju chodzenia, chory nasz czasem przechadzając się zwolna, gdy chce, czy dobrowolnie, czy na polecenie, przyspieszyć nieco kroku, bieży bardzo spiesznie, spieszniéj niż zamierzał, tak jak gdyby był ścigany, mając przy

tém uczucie, jak gdyby miał upaść naprzód, co go w części skłania bezwiednie do przyspieszenia kroku; trudno mu téż zatrzymać się nagle wśród chodu na wezwanie; 5) wystąpienie okresowe duszności (z powodu drgań kurczowych mięśni klatki piersiowéj, mięśni międzyżebrowych a prawdopodobnie i lżejszych drgań mięśnia przepony). Obecnie więc drgania mięśniowe dotyczą mięśni szyi, grzbietu, odnóg górnych i dolnych tudzież mięśni klatki piersiowéj. Połykanie, czynność serca, funkcyje pęcherza i kiszki stolcowéj odbywają się prawidłowo; obok tych objawów zadraźnienia w sferze ruchowéj, uważamy równocześnie objawy poczynającego porażenia i osłabienia mięśni pierwotnie wyłącznie drgawkom ulegających Stan odżywienia chorego utrzymuje się pod wpływem dyjety obfitéj i pożywnéj tudzież leczenia wzmacniającego w tym samym stanie jak pierwéj. Ciężar ciała wynosi obecnie 61,50 klgr.

Bezsprzecznie najwybitniejszym objawem w naszym przypadku są bezustanne drgawki mięśniowe, dotyczące przedewszystkiém mięśni szyi, karku i grzbietu. W najwyższym stopniu ulega drganiom mięsień mostko-sutko-obojczykowy strony prawéj tudzież głębsze mięśnie karku i szyi, jak prawdopodobnie mięsień *splenius capitis et colli*, *complexus colli major*, *m. biventer* strony lewéj, *transversalis cervicis*, *trachelo-mastoideus*, *multifidus spinae* i *rhomboideus* (cofnięcie łopatki). Drgawki te są częścią kurczowe, częścią rytmiczne, oscylacyjne, nie ustają i wtedy, gdy chory leży zupełnie spokojnie i tylko podczas głębokiego snu ustępują w zupełności; drgawki te jednak wzmagają się, ekskursyje ich stają się większe, gdy chory chce wykonać jaki ruch dowolny. Mięśnie języka i artykulacyjne same dla siebie funkcyjonują prawidłowo, mięśnie pęcherza i kiszki stolcowéj działają również zupełnie normalnie. Nadto należy zwrócić uwagę na często występujące stężenie niektórych mięśni odnóg górnych i dolnych, przypad, który w nizkim stopniu rozwoju poprzedzał inne już od lat kilku.

Godnym uwagi we względzie rozpoznawczym jest téż chód chorego czasem propulsywny, Wśród tych zmian w sferze ruchowéj, sfera czuciowa jest zupełnie prawidłowa. Ze względu na powolny rozwój cierpienia, na zajęcie znacznéj ilości mięśni, na charakter częścią kurczowy, częścią oscylacyjny drgań mięśniowych, na tę okoliczność, że drgania nawet w zupełnym spokoju nie ustają, na obecność zesztywnień, czasem występujących, na chód, niekiedy propulsywny, na brak objawów cierpienia ogniskowego, na prawidłowość wyższych funkcyj mózgowych, wreszcie na występujące w ostatnich miesiącach osłabienie i utrudnienie ruchów sądzi prelegent, iż ogólny obraz całego przypadku przemawia za rozpoznaniem wcześniejszego okresu cierpienia, kli-

nicznie tylko znanego, aczkolwiek dotąd ściśle nieokreślonego, bez jednolitéj podstawy anatomicznéj, t. j. d r ż ą c z k i (*paralysis agitans*).

Podobnym w wielu punktach obraz choroby dopiero co nakreślony mógłby być do t r z ę s i e n i a r t ę c i o w e g o lub o ł o w i o w e g o, aczkolwiek drganie mięśni regularne i oscylacyjne nie jest cechą tego ostatniego. W naszym przypadku jednak daty anamnestyczne możebność tę stanowczo wykluczają. Zbyteczna zastanowić się nad różnicą między drżączką (*paralysis agitans*) a rozsianą sklerozą mózgo-rdzeniową i pląsawicą, że nie wspomnę już o rzadkiém zboczeniu jak *athetosis* Hammonda. Proste trzęsienie (*tremor simplex, tremor senilis*) nie zajmuje zwykle tak rozległych grup mięśniowych; jest mniéj uporczywy i ustępuje zwykle, gdy chory leży spokojnie lub pod energicznym wpływem woli.

Przytoczę tu pokrótce środki lecznicze, jakich chory przez przeciąg długiéj obserwacyi klinicznéj używał w porządku chronologicznym. (Dodać należy, iż dyjeta była zawsze obfita i ile możności pożywna). I tak: 1) od d. 5/11 do 9/11 1880 używał *Kali bromatum* (8,00—200,00) 3 łyżki dziennie; 2) od 10/11 do 19/12 b r o m z ż e l a z e m wedle formułki *Ferri citrici* 5,00, *Kali bromati* 15,000, *Vini malacensis* 150,00 3 łyżki dziennie; 3) od 20/12 do 1/1 1881. znów *Kali bromatum* w powyższych dawkach; 4) 2/1 i 7/1 użyto wstrzyknięcia podskórnego a p o m o r f i n u (0,0075 chlorku apomorfinu), który prócz wywołania wymiotów żadnego nie sprawił skutku; 5) przeciw bólom głowy stosowano w pierwszych miesiącach injekcyje podskórne m o r f i n u, tudzież wcieranie maści w e r a t r y n o w é j; 6) od 13/1 do 23/2 podawano choremu *Argentum nitricum* w pigułkach działając równocześnie przeciw bezsenności przez podawanie c h l o r a l u; 7) od 24/2 do 2/4 chory brał *Zincum valerianicum* w pigułkach; 8) od 2/4 do 25/4 podawano a t r o p i n w pigułkach w dawkach $^1/_2$ i 1-miligramowych (1 pig. dziennie); 9) od 26/4 do 6/5 zażywał b r o m e k k a m f o r y w postaci francuzkiego preparatu oryginalnego (*capsules au bromure de camphre*); 10) przez kilka miesięcy stosowano obok wyżéj podanych leków prąd galwaniczny na okolicę stosu pacierzowego, jednak bezskutecznie; czasem zdawało się, że bezpośrednio po zastosowaniu elektryczności drgania mięśniowe słabły, lecz tylko na bardzo krótko, co może w części należało przypisać téj okoliczności, iż chory podczas elektryzowania kilkanaście minut musiał pozostać w zupełnym spokoju; 11) od 7/5 do 3/6 wstrzykiwano podskórnie r o z c z y n a r s e n o w y F o w l e r a; 12) od 4/6 do 14/6 wcierania s z a r u c h y; 13) od 15/6 do 27/6 chory brał ogólne k ą p i e l e e l e k t r y c z n e; 14) od 26/6

do 10/7 wstrzykiwano podskórnie kurarę; 15) od d. 5/10 do 15/1 1882 wstrzykiwano powtórnie rozczyn arsenowy Fowlera; 16) od 15/1 do 31/1 stosowano injekcyje kurary; 17) przez kilka dni podawano kodein w proszkach, lecz zaniechano z powodu występowania bólów głowy i zawrotu; 18) od 10/2 do 1/3 chory używał wyciągu *veratri viridis*, od 3 do 6 kropli 3 razy dziennie; 19) od 1/3 aż po dziś dzień chory używa *extractum hyoscyami* i doprowadził do dawki 18 centygramowéj dziennie; wreszcie stosowano 20) przez niejaki czas kąpiele letnie z następowém oblewaniem karku i stosu pacierzowego zimną wodę.

Wszystkie te postępowania lecznicze nie wywarły ani na zasadnicze cierpienie, ani na najgłówniejsze przypady żadnego wyraźnego wpływu.

W dyskusyi brali udział kol. Skórczewski i prof. Oettinger.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie nadzwyczajne z d. 26 kwietnia 1882.

Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 17.

Wybrano jednomyślnie na Członka honorowego Towarzystwa prof. Dra Arlta we Wiedniu. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie IX z d. 10 maja 1882.

Przewodniczący kol. doc. Jordan. Członków obecnych 23.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że wysłał przedstawienie w sprawie Izb lekarskich na ręce Prezesa Koła polskiego p. Grocholskiego, a następnie że kol. Zarewicz zbierać będzie składki na portret śp. prof. Kozubowskiego.

2) Dr. Machek mówił o wartości leczniczéj jodoformu w chorobach ocznych.

Naprzód wspomina, iż Ravà pierwszy stósował jodoform w okulistyce i ogłosił swoje spostrzeżenia we włoskich rocznikach okulistycznych (1879). Drugim był Brettauer z Tryjestu, który wynik swoich badań odczytał na ostatnim Zjeździe okulistów w Heidelbergu. Do zastósowania jodoformu skłonił go następujący przypadek: u dziewczynki trzyletniéj, któréj siostra zmarła z gruźliczego zapalenia opon mózgowych, wystąpił na oku lewém, w miejscu odpowiadającém przyczepieniu się mięśnia prostego dolnego, mały nowotwór, który się, chociaż nieznacznie, powiększał. Po pewnym czasie rozpoznał Brettauer gruźlicę pierwotną spojówki gałkowéj. Nowotwór odcięto nożykiem Graefego, brzegi ranki wypalono i założono opaskę borową. Po tyodniu

nastąpiła recydywa. Odtąd Brettauer codziennie pokrywał wzrastający nowotwór warstwą kryształków jodoformowych. Kierował się w tym przypadku zdaniem chirurgów, którzy, jak Mosetig, przyznają jodoformowi swoistą skuteczność w przypadkach wrzodów gruźliczych. Oko lek bardzo dobrze znosiło, wydzielina nieżytowa ustąpiła, nowotwór się zmniejszał, a we trzy miesiące nie było już śladu nowotworu. Gdy się Brettauer przekonał, że oko dobrze jodoform znosi, stósował lek także w innych chorobach oczu, tak w jednym przypadku łuszczki, w którym inne środki bez skutku pozostały. W tym przypadku po sześciotygodniowém zasypywaniu jodoformu bystrość wzroku się poprawiła z $^1/_{120}$ na $^1/_{20}$. Dalej stósował z dobrym skutkiem lek powyższy w przypadkach ostrych granulacyj z brakiem przybłonka na rogówce i w dwóch przypadkach zaciemnień rogówki (*sclerosirende interstitiale Keratitis*). Opierając się na tych doświadczeniach, twierdził Brettauer, że oko dobrze znosi jodoform w przypadkach chorób spojówki i rogówki, że zmniejsza ilość wydzieliny, że przyczynia się do wessania granulacyj, i że wreszcie wyjaśnia zaciemnienia rogówki.

W dyskusyi nad rozprawą Brettauera podał prof. Horner z Zurychu, że stósował jodoform w przypadkach gruźlicy spojówki ze skutkiem dobrym również jak i w przypadkach *Trachoma folliculare*, jak według wszelkiego prawdopodobieństwa nazywa przewlekły nieżyt spojówki z obrzmiałemi mieszkami, a więc *Conjunctivitis follicularis* Saemischa. Prof. Leber zaś podał, że asystent jego Dr. Deutschmann stósował lek w przypadkach *Keratitis cum hypopyo*, a Dr. Haase w przypadkach śluzoropotoku woreczka łzowego. Po przecięciu tegoż wprowadzał Haase jodoform do ranki i spostrzegał, że skutkiem tego ilość wydzieliny ropnéj się zmniejsza co przyspiesza wyleczenie.

Na Zjeździe okulistów w Heidelbergu wykładał prof. Sattler z Erlangi o przyczynie zapalenia jaglicowego, a wykład tegoż, chociaż nie wprost, pozostaje jednakże w ścisłym związku z doświadczeniami naszemi. Sattler wykazał iż zapalenie jaglicowe powstaje skutkiem mikrokoków, które mieszkają w mieszkach i ziarnach jaglicowych lub w otoczeniu tychże. Szczepiącemu ciecze, w których mikrokoki hodował, udawało się niejako syntetycznie wywołać u człowieka zapalenie jaglicowe. W obec wyniku tych badań, które wskazywały iż ustroje są przyczyną jaglicy, nasuwała się myśl, iż zadaniem leczenia zapalenia jaglicowego, nie może być jedynie drażnienie, celem sprowadzenia wessania, ale także działanie antyseptyczne, a tu się myśl spotkała znowu z jodoformem. O innych pracach dotyczących zastósowania jodoformu w okulistyce, a mianowicie Pajsderskiego, ucznia prof. Schirmera i Hirschberga, który spostrzegał niedoślep po zatruciu jodofor-

mem (*Intoxicationsamblyopie*), wspominam tylko dla uzupełnienia całości; są to zresztą prace już późniejszéj daty niż nasze spostrzeżenia, w których nie ma ważniejszych wskazówek dotyczących zastósowania tego leku.

Z początkiem półrocza zimowego polecił prof. Rydel, aby stósować jodoform w klinice ruchoméj w odpowiednich przypadkach. Stósowałem lek ten w rozmaitych przypadkach chorób spojówkowych, rogówkowych i w chorobach woreczka łzowego. Do miesiąca grudnia wyrobiłem sobie przekonanie, że chorzy jodoform w przypadkach świeżéj jaglicy dobrze znoszą, że przyostre przypady ustępują, że chorzy dnia następnego czują ulgę, że natomiast chorzy cierpiący na nieżyt, na śluzoropotok przewlekły, na jaglicę w okresie zbliznowacenia (*stadium cicatrisationis Saemischa*) żadnéj ulgi nie spostrzegają. Odtąd pojedyńcze przypadki dokładnie notowano i z należytą ścisłością obserwowano. Z większéj ilości przypadków przytoczymy cztery historyje chorób, dwie pierwsze dotyczą zapalenia jaglicowego, trzecia wrzodu rogówkowego z nagromadzeniem ropy w przodkowéj komórce; czwarta zaś śluzoropotoku woreczka łzowego. Chorych cierpiących na zapalenie jaglicowe a leczonych jodoformem prelegent zgromadzonym przedstawił.

1) J. W., lat 16, zgłosiła się 12 grudnia 1881 do kliniki ruchoméj. Rozpoznano *Trachoma cum panno oc. utr.* Na spojówce powiek górnych widać wielką ilość ziarn jaglicowych mających 2—3 mm. w średnicy, blizko obok siebie poustawianych; na dolnych powiekach są także ziarna jaglicowe, lecz jest ich mniéj i są mniejsze. Widać je także na spojówce gałkowéj od góry. Górny brzeg rogówek zajmuje wał z ziarn jaglicowych blado różowego koloru, naczynia spojówki gałkowéj przechodzą od góry na rogówkę, która od góry jest zaćmioną, chropowatą. Zaćmienie od góry wchodzi w obręb źrenicy. Pr. o. $S^6/_{60}$, Jg. Nr. 12; L. o. $S^6/_{36}$, Jaeg. Nr. 7. Zasypywano miałki proszek jodoformowy. Kilka razy przerywano leczenie, w części skutkiem objawów zadrażnienia, bólu, łzawienia, nastrzykania, w części zaś dla tego że chora nie przychodziła do kliniki. Stan oczu w dniu 9 maja był następujący: Na górnych powiekach blizny i drobne ziarna jaglicowe, naczynia rzęskowe od góry lekko nastrzykane, rogówka od góry w obu oczach chropowata; oprócz tego wykazać można większe zagłębienia, dołki, które odpowiadają większym gromadkom ziarn jaglicowych, które się wessały. Naczynia spojówkowe przechodzą na rogówkę, lecz nie dochodzą do téj części rogówki, która odpowiada brzegowi źrenicznemu. Wziernikiem można wykazać nierówności na powierzchni rogówki. Prawém i lewém okiem czyta $^6/_{12}$ z wyjątkiem dwóch liter i Nr. 1 Jaegera, chociaż nie bez trudności. Jeżeli dla porównania

zestawimy bystrość wzroku w dniu 12 grudnia z bystrością wzroku w dniu 9 maja, to się pokazuje, iż się poprawiła z $^1/_{10}$ na $^5/_{10}$ na obu oczach.

2) Benedykt Kostek, przyjęty do kliniki stałéj 24 stycznia z zapaleniem jaglicowém powiek z łuszczką. Na spojówce górnych powiek w rzędach poustawiane, blado-żółte ziarna jaglicowe. Naczynia rzęskowe nastrzykane. Przy górnym brzegu rogówki wał z ziarn jaglicowych. Powierzchnia rogówki nierówna, ćma, naczynia przechodzące ze spojówki gałkowéj na rogówkę rozgałęziają się na téjże drzewkowato. Krzywizna prawéj rogówki prawidłowa, lewa rogówka lekko wypuklona (*Keratectesia ex panno*). Prawém okiem liczy palce na półtora metra (S $^1/_{40}$) czyta Jaegera Nr. 19, lewém okiem liczy palce na $^3/_4$ metra (S $^1/_{80}$) czyta Jaegera Nr. 22. W klinice stałéj zasypywano choremu codziennie jodoform miałko sproszkowany. Dnia 9 maja był stan oczu następujący: Na spojówce górnych powiek tu i owdzie drobne ziarna jaglicowe, brodawki mocno przerosłe, rogówki się znacznie wyjaśniły, naczynia spojówkowe, które przechodzą na rogówkę, cieniutkie, powierzchnia rogówki dość gładka, ziarna jaglicowe, które przy brzegu rogówkowym tworzyły wał od góry, bez śladu się wessały. Prawém okiem rozpoznaje litery $^6/_{36}$ tablicy Snellena ($^7/_{40}$) i czyta Nr. 1 Jaegera, lewém okiem rozpoznaje literę E tablicy Snellena, czyta Nr. 9 Jaeg. Jeżeli dla porównania zestawimy bystrość wzroku przy przyjęciu z bystrością wzroku, jaką chory miał 9 maja, to się pokazuje, że na prawém oku bystrość wzroku się poprawiła siedem razy (z $^1/_{40}$ na $^7/_{40}$) na oku lewém zaś ośm razy (z $^1/_{80}$ na $^8/_{80}$).

3) M. Grabkowicz, l. 45, przyjęty 28 marca 1882 Rozpoznano: *Trachoma oc. utr. Blennorhoea sacci lacr. Ulcus corneae, Iritis et hypopyon oc. sin. Entropium spasticum palpeb. infer. oc. sinistri.* Wrzód miał 5 mm. w średnicy, ropa zapełnia dolną część przodowéj komórki do wysokości 3 mm. Leczenie: Kataplazmy, atropin, środki rozwalniające, maść szara na czoło. Jodoform zasypywano jako miałki proszek do woreczka spojówkowego i na wrzód. Trzeciego dnia tylne przyczepiny się przerwały. 3 kwietnia ciecz wodna czysta, *hypopyon* ustąpiło. 6 kwietnia obrzmienie powiek ustąpiło, przecięto przewódkę łzową. Odtąd codziennie sondowano przewód nosołzowy według Bowmana. 20 kwietnia: Dno płytkiego zagłębienia, mającego jeszcze w średnicy 4 mm., szare (tkanka łączna), oko blade, ziarn jaglicowych mniéj i mniejsze, zawinienie powieki ustąpiło, chory swobodnie patrzy. W przeciągu dni 22 podgoił się wrzód pomimo innych wikłających sprawę chorób ocznych w tym stopniu, iż chory mógł powrócić do swojéj pracy.

4) S., pietnastoletnia dziewczyna. Przed półtora rokiem zgłosiła się do kliniki ruchoméj z przetoką łzową. Sondowano przez dłuższy czas, poczém się przetoka zrosła, pozostało jednakże rozwiotczenie woreczka łzowego (*atonia sacci lacrym.*), chociaż numer szósty sondy Bowmana z łatwością przechodził. Z woreczka łzowego można wycisnąć wydzielinę szaro-zieloną, gęstą, od czasu do czasu ropną. Ponieważ wejście do woreczka łzowego było przestrone, wstrzykiwałem do tegoż za pomocą strzykawki szklanéj z wązkiém ujściem zawiesinę jodoformu według przepisu Mikulicza (*Jodoformii 10·0, Olei olivar. 40·0, Glycerini 80·0*). Po dziesięciu wstrzyknięciach wydzielina była czysto śluzowo-łzową, chora czuła znaczną ulgę, atonia jednak woreczka łzowego pozostała.

Według powyższych spostrzeżeń, które jak najtreściwiéj podałem i pewnéj ilości innych, które dla skrócenia rzeczy pomijam, wartość jodoformu jako środka leczniczego w chorobach ocznych da się streścić w następujących twierdzeniach:

1) Jodoform leczy przewlekłe zapalenie jaglicowe (*Conjunctivitis granulosa simplex Saemischa*, *Trachoma verum Arlta*). Jest więc wskazany tam, gdzie stósowaliśmy siarkan miedzi. Jodoform ma przed siarkanem tę korzyść, iż leczenie jest bezbolesne. Działa także wyjaśniająco na rogówkę, która skutkiem łuszczki utraciła przeźroczystość. Czy jodoform całkowicie leczy jaglicę, obecnie jeszcze rozstrzygnąć nie można. Zdaje się, że w przypadkach, gdzie po zastósowaniu jodoformu grubsze ziarna jaglicowe się wessały a pozostały tylko przeważnie przerosłe brodawki, trzeba się będzie uciec do azotanu srebra celem zupełnego wyleczenia chorego.

2) Jodoform przyspiesza wygojenie wrzodów zakaźnych w rogówce, wikłające zaś wrzód rogówkowy zapalenie tęczówki nie przeciwwskazuje zastósowania jodoformu. Wrzody zakaźne napotykamy u chorych cierpiących na przewlekłe sprawy zapalne spojówek po zadziałaniu urazu, jeżeli utrata przybłonka nastąpiła, i u chorych cierpiących na śluzoropotok woreczka łzowego, u których już najmniejsza utrata przybłonka rogówkowego daje powód do powstawania nacieków ropnych i wrzodów.

3) Działa korzystnie na wydzielinę woreczka łzowego, zmieniając wydzielinę śluzowo-ropiastą na wydzielinę śluzową.

4) Jodoform wreszcie nie zmniejsza ilości wydzieliny w przypadkach nieżytów spojówki i w przypadkach przewlekłego śluzoropotoku.

5) Do własności utrudniających stósowanie jodoformu zaliczyć trzeba woń bardzo silną a dla wielu nieprzyjemną. Przymieszka garbnika w stosunku 1 do 100 według Niedena, lub

kropli olejku bergamotowego na kilka gramów jodoformu, jak radzi Mikulicz, w części tylko przykrą woń leku przygłusza. W ostatnich tygodniach wkładaliśmy łuskę *Fabae toncae* do słoika z jodoformem, skutkiem czego proszek przyjmował woń aromatyczną łuski.

W pewnéj ilości przypadków przypuścić trzeba idyjosynkrazyję, skutkiem któréj już po małych dawkach występują objawy zatrucia. Przytoczę jeden przypadek: M. zegarmistrz, lat około 50, cierpiał na zapalenie jaglicowe. Leczono go siarkanem miedzi. Obecnie pozostały tylko blizny w spojówce i przewlekły nieżyt z obfitą wydzieliną śluzowo-łzową. Idąc za radą Brettauera, który twierdził, iż jodoform ilość wydzieliny zmniejsza, zasypałem jodoform. Chory po jednorazowém zasypaniu przez dwa dni czuł przygnębienie, bóle głowy, brak apetytu, drugiego dnia jeszcze wymiotował, tętno było trzeciego dnia jeszcze przyspieszone. W innych przypadkach działa jodoform zbiorowo, jak np. strychnin. Objawy zatrucia występują po dłuższém użyciu. Chora cierpiąca na zapalenie jaglicowe, któréj historyję choroby wyżéj podałem, po trzechmiesięczném zasypywaniu jodoformu, dostawała bólów głowy nad oczodołami i w skroniach, które ustępowały, jeżeli stósowanie leku przerwano. O podobnych przypadkach mówił także prof. Rydel. Cięższych objawów zatrucia odnoszących się do zboczeń mózgowych albo występujących jako obłąkanie nie spostrzegaliśmy. Można to z góry było przewidzieć ze względu na małe dawki jodoformu, jakie stósowaliśmy, a wreszcie ze względu, że przerywaliśmy leczenie, ilekroć się pojawiały pierwsze objawy zatrucia. Aby zrozumieć wpływ jodoformu w chorobach, w których środek ten ze skutkiem stósowaliśmy, wystarczy odwołać się do przeciwgnilnych a w części także do drażniących własności tegoż (we worku spojówkowym). Czy jodoform zasypany do worka spojówkowego wnika do organizmu, jest rzeczą wątpliwą. W moczu chorego Kostka (2), któremu kilka miesięcy jodoform do oczu się zasypuje, jodu w moczu nie wykryto (Dr. Kopff). Zdaniem zaś Binza i Högyesa można w razie wcielenia jodoformu w organizm, tenże w kształcie soli jodowych w moczu wykazać.

Prof. Rydel w dyskusyi nad tym przedmiotem nadmienia, że Mooren ostatniemi czasy używa w jaglicy jodoformu z dobrym skutkiem. Tenże stósuje środek ten w rozczynie 5,00 na 30,00 *Collod.*, nacierając za pomocą pędzelka skórę powiek, a nazajutrz zmywając miejsca te eterem octowym, co powtarza przez czas dłuższy. Mooren zaleca również 0,15 *Jodof.* na 10,00 *Vaselin.* z dodatkiem olejku eterycznego, którą to maść wciera się w spojówkę. Ból silny, ztąd powstały, uśmierza za pomocą zimnych okładów. Po obu sposobach stósowania leku rzeczonego otrzymywał wyniki pomyślne. Prof. Rydel przytacza przypadek

z praktyki prywatnéj, w którym po siarkanie miedzi stósował jodoform, z powodu jednak silnych bólów, które wkrótce po każdorazowém użyciu jodoformu występowały, dalszego używania środka tego w tym przypadku zaniechał. Proszek więcéj miałki, u tego samego indywiduum użyty, tak samo bóle sprawiał; granulacyje jednak bladły i malały prawie widocznie.

W dyskusyi nad tym przedmiotem przemawiali jeszcze koll: Obaliński, Murdzieński i Warschauer.

3) Kol. prof. Korczyński przedstawił:

a) Chorego z rtęcicą (*mercurialismus constitutionalis*). Chory ten lat 17 liczący, czeladnik w fabryce kapeluszy Berla Landaua w Tarnowie, jest już piątym chorym, jaki w ciągu ostatnich dwóch lat dostaje się z powodu rtęcicy do kliniki krakowskiéj. Pracował on bezkarnie pierwsze dwa lata w fabryce, zajęty w części nadzorowaniem kotła, w którym wygotowywano skórki zajęcze i królicze, w części prasowaniem i przykrawywaniem skórek już wyrobionych. W trzecim roku téj pracy począł chory doznawać dokuczliwych bólów w stosie pacierzowym, które miały się powiększać przy wykonywaniu ruchów, poczém miała się zjawić opuchlina odnóg dolnych kilka tygodni trwająca, drżenie najpierw w odnogach górnych a potém w dolnych i zmiany w jamie ustnéj, które polegać miały na obrzmieniu i krwawieniu dziąseł, chwianiu się zębów i ślinieniu. Zboczenia te miały się powiększać stopniowo tak, że chory w pół roku po rozpoczęciu się objawów chorobowych musiał zaprzestać dalszéj pracy w fabryce. Stan ten miał się poprawić w ciągu 5 miesięcy, w którymto czasie chory nie narażał się daléj na wpływ rtęci. W pół roku po wróceniu napowrót do zajęcia kapeluszniczego objawy chorobowe znów się spotęgowały. Chory przybył do kliniki w dniu 2 maja 1882 r.

Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych zboczeń, z wyjątkiem nieznacznych zmian zołzowych i bardzo nieznacznéj ilości białka w moczu. Odżywienie chorego jest dosyć dobre. Jedyne zboczenia ważniejsze znajdują się w jamie ustnéj i w układzie nerwowym. W ustach widać zaczerwienienie sinawe i mierne obrzmienie brzegów dziąseł, które łatwo broczą, i mierne ślinienie, a dotykając stwierdzić można chwianie się zębów, osobliwie dolnych siecznych. W sferze umysłowéj zauważyć można pewne przytępienie władz umysłowych obok miernie wygórowanéj wrażliwości umysłowéj. Czucie ciepłoty, czucie elektryczne wszędzie należyte, lokalizacyja czucia wszędzie bardzo dokładna, możność odczuwania dwóch równoczesnych wrażeń bardzo delikatna, przy tém jednak istnieje przeczulica tak dotykowa, jakoteż bólu wszędzie, osobliwie jednak na odnogach dolnych. Podmiotowo żali się chory na bóle w stosie pacierzowym, w stawach

łokciowych i w obydwu pachwinach. W sferze ruchu uderza przedewszystkiém wzmożenie odruchów skórnych, mięśniowych i ścięgnistych i drzenie. To ostatnie przedstawia się jako ciągłe oscylacyjne drżenie, które wzmaga się pod wpływem zimna, wrażeń umysłowych lub zamierzonego wykonywania ruchów. Nadto uważać można chwilowe kurcze kloniczne w poszczególnych mięśniach i grupach mięśniowych, mimowolne podrywania odnogami i małą niezborność ruchów przy chodzeniu i poruszaniu rękami.

Badanie moczu, wykonane w pracowni prof. Stopczańskiego, nie wykazało obecności rtęci. Badanie to jednak nie rozstrzyga, gdyż do rozbioru nadesłano małą ilość moczu. Po powtórzeniu tego badania dalsze zabiegi zmierzać będą do wyśledzenia rtęci w moczu po używaniu jodku potasu i w pocie i ślinie po zastrzyknięciu chlorku pilokarpinu.

b) Chorego ze zrostem osierdzia i upośledzeniem drożności żyły głównéj górnéj. Chory ten, lat 28 liczący, poprzednio zupełnie zdrów oddawał się jako parobek zawsze ciężkiéj pracy. Choroba obecna rozpoczęła się we wrześniu 1881 r. od bólów w licznych stawach, które zmieniały często siedzibę i zniewoliły chorego do usunięcia się od pracy. Wkrótce potém pojawiło się kłócie w okolicy serca, duszność i sinica, któreto przypady wzmagały się coraz bardziéj. Chory przybywszy do kliniki w dniu 12 marca rb. przedstawił wybitną sinicę, która niestosunkowo była większą na odnogach górnych i na twarzy aniżeli na dolnéj połowie ciała, wzmożoną czynność serca, które okazywało się przerosłe i rozszerzone, zapadanie się skurczowe począwszy od 3—7 przestworu międzyżebrowego falisto wzdłuż linii osiowéj serca postępujące bez istnienia gdziekolwiek wypuklania się skurczowego, wreszcie rozkurczowe a względnie przedskurczowe zapadanie się żył szyjnych, stale mocno wydętych. W ciągu obserwacyi klinicznéj nasilenie ruchów serca zmiejszyło się, a co ważniejsza żyły szyjne, znacznie mniéj wydęte, okazywały tylko zwykłe falowanie, sinica na odnogach górnych znacznie zmalała a na twarzy nieco się zmniejszyła. To wszystko nastało wśród widocznego i coraz bardziéj potęgującego się rozszerzania naczyń żylnych podskórnych na tylnéj i bocznéj części klatki piersiowéj i w okolicy lędźwiowéj.

Obecnie znajduje się: Bardzo mierna rozedma płuc z nieżytem oskrzelowym przybrzeżnym. Granice płuc wszędzie należycie ruchome. Zapadanie się skurczowe miernego stopnia w 4 i 5tém międzyżebrzu wyraźniejsze ku linii sutkowéj, obok skurczowego zapadania się dołka podsercowego. Objawy przerostu i rozstrzeni serca w obydwu komorach średniego stopnia. Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony. Tętno rzadkie, dość wielkie

i twarde. Granice serca przy ruchach ciała ruchome; objawów ucisku na tchawicę, gardziel lub nerwy błędne nie ma. Żyły szyjne miernie wydęte lekko falują. Twarz sina, osobliwie wargi i język. Spojówki mocno przekrwione, żyły siatkówkowe mocno wydęte. Odnogi górne również sine, a żyły podskórne na nich bardzo widoczne. Mniejsza sinica odnóg dolnych, na których znajdują się mierne żylaki. Wątroba i śledziona miernie powiększone; mocz prawidłowego ciężaru bez białka. Na tylnéj i bocznéj części klatki piersiowéj i w okolicach lędźwiowych gęsta siatka naczyń żylnych.

Rozpoznanie zrostu osierdzia opiera się w danym przypadku na wywiadach, które wskazują przebyte zapalenie stawów, a prawdopodobnie i przebyte zapalenie osierdzia, na skórczowém zapadaniu się dwóch przestworów międzyżebrowych i dołka podsercowego, i przedskórczowém zapadaniu się żył szyjnych. Czy równocześnie istnieje włókniste zapalenie śródpiersia (*mediastinitis fibrosa*), rozstrzygnąć nie podobna; w każdym razie brakuje objawów rozpoznawczych téj choroby; brzegi płuca są ruchome, serce okazuje prawidłową ruchomość, brakuje objawów ucisku na trzewa w śródpiersiu się mieszczące, a tętno nie wykazuje wdechowego zmniejszenia się fal. Jedynym objawem uciskowym jest upośledzenie drożności żyły głównéj górnéj. Za niém przemawiają: niestosunek między sinicą górnéj a dolnéj połowy ciała dotąd istniejący, który z początku był jeszcze wybitniejszy, a począł się zmniejszać dopiero wtedy, gdy na klatce piersiowéj i grzbiecie rozwijać się poczęła siatka żył podskórnych, świadcząca o wytwarzaniu się obiegu krwi ubocznego. W obec poprzednich uwag nie można rozpoznać na pewne, czy żyła główna górna uciśniętą jest tworami pozapalnemi jeszcze w zakresie otoczenia przez worek osierdziowy, czy téż po za takowym przez twory zapalne w śródpiersiu (*mediastino pericarditis*). Obieg krwi uboczny, dla ułatwienia odpływu krwi z żyły głównéj górnéj, wytwarza się przez rozszerzenie gałęzi *ven. mammariae internae, thymicae, pericardiacae, mediastinicae, intercostales supremae* (*a vena anonyma*), *vena lumbalis prima, suprarenalis* (*a vena azygos*), które łączą się z gałęziami *od venae lumbales, suprarenales, diaphragmaticae.*

c) Tenże okazał:

α) Cygaretka z *Grindelia robusta* zalecone przeciwko astmie przez K. Bombelona (*Deutsch. med. Woch*, 1881, Nr. 48) a wyrabiane przez aptekarza Bombelona w Hohenmölsen. Cygaretka te sporządzone są w części z liści tego ziela, w części z tytuniu napojonego rozczynem wyskokowym istoty żywicznéj, jaka znajduje się w kwiecie téj rośliny. *Grindelia robusta* rośnie

na wybrzeżu zachodniém Ameryki, należy do rodziny Asteroideae, i nie ma zawierać żądnego pierwiastka odurzającego.

β) Sól Morszyńską otrzymywaną ze zdroju Bonifacego. Sól ta, według rozbioru prof. Dra Radziszewskiego, dokonanego w kwietniu 1881 r., zawiera w 1000 częściach następujące ciała, obliczone już na połączenia krystaliczne:

Siarkanu sodowego	745,31	gm.
Chlorku sodowego	230,58	"
Siarkanu magnowego	12,11	"
Siarkanu potasowego	6,62	"

przy tém wilgoci 5,38 gm. Jeżeli wyrób téj soli będzie uskuteczniony tak, aby sól przynajmniéj w znaczném przybliżeniu miała powyższy stosunek składników (małe różnice zawsze przydarzać się muszą), powinna ona uzyskać rozległe wzięcie lecznicze. Skład powyższy stawia ją bowiem wyżéj nietylko nad solą karlsbadzką (*Sprudelsalz*) do niedawna otrzymywaną, która była prawie czystą solą glauberską z homeopatycznie małym dodatkiem chlorku sodowego i węglanu sodowego, ale nawet nad solą karlsbadzką (*Sprudelsalz*) otrzymywaną w ostatnich czasach pod kontrolą chemika Dra Sipöcza według dawniejszego przepisu Ragsky'ego. Sól ta ma bowiem mieć skład następujący: siarkanu sodowego 37,69°/₀, chlorku sodowego 0,39°/₀, węglanu sodowego 5,99°/₀, wody krystalicznéj 55,52°/₀. Dodatek sporéj ilości chlorku sodu, jaki wykazuje rozbiór chemiczny w soli Morszynskiéj, podnosi bowiem znakomicie jéj zakres wskazań, umożebnia używanie nawet przez czas dłuższy bez wywołania niekorzystnego wpływu na przewód pokarmowy i na stan ogólny, może ona podniecić łaknienie, zwiększać wydzielanie soku żołądkowego, ułatwiać wessanie istót strawionych i działać korzystnie na mięszaninę krwi i poprawę odżywiania. Sól Morszyńska, odpowiadająca pierwotnemu rozbiorowi chemicznemu prof Radziszewskiego, może więc być używaną z korzyścią nietylko w przypadkach, gdzie wskazaną jest sól karlsbadzka, ale nadto u ludzi wątłych, niedokrewnych w celu przyspieszenia ruchu żołądka i jelit i zobojętniania miazgi pokarmowéj, bez obawy zmniejszenia zapasu krwi i sił.

Własności farmakodynamiczne soli Morszyńskiéj zbliżają ją do nowego wyrobu zdrojowego karlsbadzkiego, t. j. do soli zdrojowéj (*Quellsalz*), która składać się ma przeważnie z 42°/₀ siarkanu sodowego, 35°/₀ dwuwęglanu sodowego i 18°/₀ chlorku sodowego.

W sprawie ostatniéj zabierał głos kol. Merunowicz, podając do wiadomości kilka ważnych szczegółów dotyczących Morszyna.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

X Posiedzenie zwyczajne z d. 24 maja 1882 r.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 16.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Delegatem Towarzystwa na Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich wybrano kol. Jordana w miejsce kol. Jakubowskiego, który się zrzekł téj godności.

3) Kol. Przewodniczący przedstawił w porozumieniu z Komitetem Tow. na Członka honorowego prof. Eiselta w Pradze a to w obec znakomitych zasług tegoż na polu nauki i literatury czeskiéj.

4) Wniosek prof. Korczyńskiego, dotyczący kontroli nad środkami lekarskiemi tajnemi, odłożono do jednego z przyszłych posiedzeń.

5) Prof. Browicz okazał preparat tętniaka serca. (Bliższe szczegóły podane będą w Przegl. Lek.).

6) Prof. Adamkiewicz podał wyniki badania w uwiądzie rdzenia i wykazał, że zwyrodnienie to w ścisłym stoi związku z przebiegiem naczyń krwionośnych w rdzeniu pacierzowym. Rzecz uwidocznił preparatami. (Odczyt ten był umieszczony w Przeglądzie Lekarskim).

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie nadzwyczajne z d. 24 maja 1882.

Przewodniczący: kol. Zarewicz. Członków obecnych 16.

Członkiem honorowym Tow. wybrano jednogłośnie Prof. Eiselta w Pradze. *Dr. Jan Rosner.*

XI Posiedzenie zwyczajne z d. 7 czerwca 1882.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 16.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Zarewicz odczytał list prof. Eiselta wystosowany do Towarzystwa.

3) Członkiem zwyczajnym jednogłośnie wybrano kol. prof. Dra Józefa Łazarskiego.

Sprawy inne na porządku dziennym umieszczone z ważnych przyczyn odłożone zostały do jednego z przyszłych posiedzeń. *Dr. Jan Rosner.*

XII Posiedzenie zwyczajne z dnia 21 czerwca 1882 r.

Przewodniczący: kol. Jordan. Członków obecnych 12.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. doc. Mars przedstawił chorą z kliniki położniczo-ginekologicznéj, która przed dwoma laty rodziła po raz pierwszy na wsi i u któréj po kilkodniowém trwaniu czynności porodowéj wykonano nader ciężką operacyję kleszczową i wydobyto płód nieżywy od kilku godzin już prawdopodobnie obumarły. W połogu leżała chora podówczas 8 tygodni, gorączkowała i miała cuchnące odchody. Obecnie po jednodniowéj czynności porodowéj została przywieziona do kliniki i okazywała stan następujący: Koniec ciąży, położenie czaszkowe I, płód żywy. Wejście do pochwy wązkie, w okolicy wiązadełka blizna, która tworząc postronek grubości mniéj więcéj pióra gęsiego dąży wzdłuż ściany tylnéj ku górze. Na 4cm. od wejścia pochwa nagle się zwęża, okazując w miejscu najwęższém pierścień bliznowaty, twardy, niepodatny w ścianach pochwy leżący, $1\frac{1}{2}$cm. gruby, do tylnéj ściany spojenia łonowego przyrosły. Poza pierścieniem opisanym, którego światło wynosiło 3—4cm. w średnicy, czuć główkę płodu szczelnie do pierścienia przylegającą i takowy podczas każdego bólu naprężającą. Pod osłoną końców palców założył kol. M. z niezwykłą trudnością kleszcze Simpsona, a gdy o rozszerzeniu powolném miejsca zwężonego za pomocą pociągania kleszczy mowy być nie mogło, przeciął opisany pierścień na $1\frac{1}{2}$ cm. w głąb po obu stronach na boki. Wśród następnych bólów, po zwolnieniu napięcia w miejscu zwężoném, główka poczęła niżéj zstępować. W obec częstych i silnych bólów obawiano się znaczniejszego pęknięcia pochwy, zatém przytrzymywano główkę kleszczami podczas tychże. Mimo powolnego tylko posuwania się główki poczęła się naddzierać tkanina pochwy od lewego nacięcia ku tyłowi. Międzykrocze ocalało; pochwa jednak pękła w całéj niemal długości, a odpowiednio temu kiszka stolcowa. Krwotok mierny. Pochwę przepłukano rozczynem kwasu karbolowego i wyczyszczono odbytnicę a potém założono 19 szwów w odbytnicy a 28 w pochwie, szyjąc każdą z osobna, przyczém zespojenie w górze wypadło widełkowato. W połogu chora nie gorączkowała. Stolec pierwszy 4go dnia po oleju rącznikowym. W 4tym dniu po operacyi zaczęły odchodzić szwy pojedyńczo. Mierne ropienie. 14go dnia wyjęto resztę szwów z pochwy. Zagojenie nastąpiło na całéj długości *per primam intentionem*. Bujającą ziarninę lapisowano. W miejscu, gdzie rana operacyjna widełkowato się rozdziela, pozostała przetoka wielkości soczewicy, drążąca do kiszki stolcowéj; kał jednakże, nawet rzadki, nie dostawał się do pochwy. Brzegi otworka przyżegane często zupełnie się zabliźniły, tak że 30 dnia po operacyi chora w zupełném zdrowiu opuściła klinikę.

Nawiązując do przedstawionego przypadku podał kol. Mars

niektóre uwagi a mianowicie, że w połogu tkaniny są skłonniejsze do gojenia jak niemniéj, że przez znaczne rozszerzenie pochwy podczas porodu napięcie w ścianach jest nieznaczne, a tém samém, że tuż po porodzie obrażenia, nawet znaczniejsze, łatwiéj się goją, jako też że podobne pęknięcia, o ile możności, natychmiast po porodzie zespajać należy.

3) W dalszym ciągu przedstawił kol. Murdzieński dziecko ze szpitala św. Ludwika i podał następujące szczegóły dotyczące tego przypadku. Jan Stanek, lat $5\frac{1}{2}$ liczący, syn zamożnego wieśniaka z Biskupic obok Radłowa, pochodzi z familii zdrowéj, brat jego starszy zupełnie prawidłowo zbudowany. Z opowiadań matki zasługuje na uwagę szczegół, że wśród ciąży miewała napady zimnicze: poród odbył się prawidłowo. Głowa dziecka zaraz po urodzeniu była znacznie mniejszą, ssać dziecię nie mogło i musiano je od początku karmić łyżeczką. Na pierwszy rzut oka uderza niezwykle małych rozmiarów czaszka. Z tyłu i od dołu cokolwiek przypłaszczona, zwęża się stożkowato ku górze. Obwód wynosi $35\frac{1}{2}$cm., wymiar prosty $11\frac{1}{2}$cm., wymiar poprzeczny 10cm. Szwy wszystkie zarośnięte. Czoło niskie, łuki brwiowe wysterczające, oczy głęboko osadzone, nos duży, szpara ust szeroka. Zęby duże, język miernéj wielkości. Budowa tułowia i odnóg zupełnie prawidłowa, odpowiednia wiekowi. Worek mosznowy próżny. Długość ciała 82cm. Wyraz twarzy pozbawiony zupełnie inteligencyi, dziecko leży zwykle uśmiechnięte z głową ku piersi pochyloną. Osób otaczających nie rozróżnia, zachowuje się względem rodziców tak samo jak względem obcych, t. j. uśmiecha się do każdego, wydając przytém głos przerywany bez artykulacyi, słowa nie wymawia żadnego. Potrzeb wyrazić nie umie, jakkolwiek czasami płacze bez przyczyny. Zmysły posiada wszystkie. Na widok przedmiotu świecącego zwraca wzrok w kierunku przedmiotu, słuch posiada również dobry, na odgłos dzwonka lub brzęk kluczy zwraca się za dźwiękiem. Smak może najlepiéj rozwinięty, kawę przenosi nad mleko, pierwszą pije chciwie, ostatnie wypluwa. Cukier połyka chętnie; po podaniu chininu krzywi twarz, doznaje dławienia a czasami wymiotuje. Woń zdaje się uczuwać, krzywi bowiem twarzą, gdy mu się da cuchnący przedmiot do wąchania. Czucie prawidłowe, uszczypnięcie lub ukłucie wywołuje bolesny krzyk i drgnięcie. Połyka z trudnością, a spożywa tylko płynne pokarmy lub bułkę w mleku rozmoczoną; nie żuje wcale. Ruchy dziecka ograniczają się do obracania głowy we wszystkich kierunkach, prostowania i zginania odnóg. Chodzić nie umie wcale. Przy objawieniu się woli w celu pochwycenia przedmiotu popadają mięśnie wszystkie w skurcz tężcowy, który tamuje wykonanie odpowiedniego ruchu. Sen miewa dobry, apetyt do jedzenia mierny. Te niedostatki budowy ciała i inteligencyi dziecka przed-

stawiają nam obraz mikrocefalii. Przyczynę powstawania tego rodzaju potworów upatrują badacze w dziedziczności, przedwczesném zrośnięciu szwów czaszkowych, chorobach w życiu płodowém itd. Wszystkie te przypuszczenia bywały już niejednokrotnie zaprzeczane i ponawiane. W naszym przypadku możnaby przypuścić chorobę matki wśród ciąży jako przyczynę zmian chorobowych w płodzie. Co do stanu mózgu, zdawaćby się mogło, iż przypłaszczona tylna część głowy wskazuje brak tylnych części mózgu. Zważywszy jednak, iż właśnie części poza rowkiem środkowym są siedliskiem zmysłów, które dziecko posiada, twierdzić można, że te części są rozwinięte. Siedzibą inteligencyi, któréj tu brak zupełny, mają być przednie płaty mózgu, przypuścić tedy należy, iż one nie doszły do rozwoju. Również ważna zmiana znachodzi się w rdzeniu. Tu okazuje się brak rozwoju pasów bocznych. Wiemy bowiem, iż kiedy w wiądzie rdzenia, cierpią pęki tylne, chód człowieka jest podrzucający, brak więc kierowników ruchu. W twardzielu, gdzie znowu pęki boczne zwyrodniały, ruchy odnóg są suwające, brak w nich rzutu, siły. Dziecko to posiada owe tylne pasma, jego ruchy jednak nie posiadają kierownictwa, zależnego od pasm bocznych.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos kol. Mars, Kwaśnicki i Adamkiewicz.

4) W końcu odczytał kol. Wolfram pierwszą część swéj rozprawy: „O zachowaniu się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych“.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

XIII Posiedzenie zwyczajne dnia 5go lipca 1882 r.

Przewodniczący: kol. Jordan. Członków obecnych 10.

1) Kol. Zarewicz odczytal list prof. Arlta wystosowany do Tow. z podziękowaniem za mianowanie go członkiem honorowym Towarzystwa.

2) Kol. Wolfram odczytał drugą część swéj rozprawy, która w całości da się streścić jak następuje:

Ważenia dokonane w Klinice lekarskiéj krakowskiéj na kilkudziesięciu chorych z chorobami gorączkowemi ostremi doprowadziły autora do wyników w części zgodnych z dotychczasowemi zapatrywaniami, w części zaś odmiennych, przyczém wykazać się dał pewien przyczynowy związek między pierwotném odżywieniem chorego, torem gorączki, jéj nasileniem, pewnemi swoistemi przypadami chorobowemi z jednéj, a zachowaniem się wagi ciała z drugiéj strony. Przedewszystkiém stwierdzić można było, że ciężar ciała w największéj części przypadków uby-

wał stale i systematycznie, dopóki utrzymywała się gorączka, ubytki te jednak nie zawsze i nie przy każdym jéj torze były jednakie, a co ważniejsza, w większéj części przypadków mniéj znaczne, niż to utrzymują autorowie. W ogólności gorączka, jeżeli sprawy chorobowéj nie wikłają inne szkodliwie na odżywianie oddziaływające czynniki, jak wymioty, brak znaczniejszy apetytu, silniejsza biegunka lub obfitsze poty, zaznacza się wcale nieznacznemi ubytkami na wadze, chociaż ubytki te niewątpliwie są znów znaczniejsze niż to Senator przypuszcza. Zdarzają się jednakowoż przypadki, gdzie ubytek ten, mimo dłużéj trwającego i znaczniejszego stanu gorączkowego, jest istotnie tak mały, że nie da pogodzić się z teoryją szukającą przyczyny gorączki w zwiększonéj produkcyi ciepła skutkiem żywszéj przemiany pierwiastków, ale raczéj przemawia za teoryją Traubego, upatrującą przyczyny stanu gorączkowego w zwiększoném promieniowaniu ciepła. Co więcéj, ważenia te wykazały, że ciężar ciała, mimo gorączki, przemijająco podnieść się może, co się szczególniéj zdarza przy znaczném nasileniu gorączki, gdy takowa nie okazuje silniejszych zwolnień lub przestanków. Ubytek ciężaru ciała nie stoi zatém w prostym stosunku do nasilenia gorączki, jak to niemal powszechnie jest przyjętém, ale téż i strata, jaką skutkiem niéj organizm w danéj chwili ponosi, nie daje nam wcale miary spustoszenia, jakie za sobą już pociągnęła. W chorobach gorączkowych, szczególnie przy torze gorączki ciągłym, ciężar ciała właściwie dopiero po jéj przełamaniu znaczniejszemi ubytkami na wadze się zaznacza. Tłumaczy się to zwiększoną wówczas diurezą, obfitszemi potami, w ogóle zwiększonym wywozem produktów rozkładowych, nagromadzonych w organiźmie skutkiem żywszego spalania się w gorączce. Przydarzyć się nawet może, że przy dobrze utrzymanym apetycie, a względnie nieupośledzoném trawieniu i wsysaniu, ciężar ciała powiększa się stale i systematycznie. Obok przypadków Uffelmanna dotyczących osesków, jakotéż chorego, na którym Trendelenburg wykonał gastrotomiję, świadczy o tém przypadek ostrego swoistego zapalenia stawów, obserwowany w klinice gdzie mimo znaczniejszego stanu gorączkowego ciężar ciała w przeciągu dni 10 powiększył się o 2·80kg. Przyczynę zjawiska tego odnieść jedynie można było do dobrze utrzymanego apetytu, jaki znamionował cały przebieg choroby, niewątpliwie zatém do dobrze utrzymanego trawienia i wsysania. Zresztą rozstrzygającemi czynnikami w zachowaniu się wagi ciała było zawsze pierwotne odżywianie i tor gorączki. Im chory jakiś, podpadłszy pewnéj chorobie gorączkowéj, korzystniéj był odżywiany, im mniéj utracił na wadze, bądź to skutkiem chorób poprzednich, bądź téż w téj saméj chorobie, wtedy tém silniejszy ubytek na

wadze można było zauważyć. Tak samo, im gorączka, zresztą wysoka, po pewnym czasie swego trwania, wyraźniejsze okazywać zaczęła zwolnienia, im w zwolnieniach tych na niższe stopnie ciepłoty schodziła, tém wyraźniéj malał téż i ciężar ciała. Przy torze gorączki ciągłym, ubytki wśród trwania gorączki były zawsze najmniejsze, albo ich nie było wcale, co więcéj nawet przemijający przybytek zauważyć się dawał.

W poszczególnych chorobach gorączkowych ciężar ciała zachowywał się rozmaicie, zależnie od toru gorączki i wikłających sprawę chorobową ubocznych czynników. I tak w zapaleniu płuc. W tych przypadkach, gdzie względnie wysoka gorączka przedstawiała tor ciągły, ciężar ciała okazywał z dnia na dzień tylko bardzo nieznaczne ubytki (od 0·10 do 0·30kg.). Im tor gorączki był mniéj regularnym, im częściéj obok ciepłot wysokich zjawiały się silniejsze zwolnienia, im na niższe stopnie ciepłoty gorączka w tych zwolnieniach zstępowała, tém znaczniejszemi były ubytki na wadze (0·70—1·0 kg.). W dniach bezpośrednio wyprzedzających przesilenie, gdzie sprawa chorobowa tak co do stopnia gorączki, jak i co do zmian miejscowych w płucach, w największém znajdowała się nasileniu, a gdzie zwolnień w ciepłocie nie było prawie żadnych, zjawiały się bardzo często zazwyczaj jednorazowe, niekiedy dosyć pokaźne przybytki (od 0·40 do 0·80 kg.), lub jak w innych przypadkach, ciężar ciała nie opadał, ale utrzymywał się na téj saméj wyżynie. Każda silniejsza przez dłuższy czas trwająca biegunka sprowadzała już w okresie gorączkowym znaczniejszy ubytek na wadze. W przesileniu, gdzie zwolnienie jest najznaczniejszém, a równocześnie ciepłota dosięga stopni normalnych, często subnormalnych, ubytek był najznaczniejszym (0·50—0·90 kg). W ogóle zaś powiedzieć można, że im mniéj chorzy utracili na wadze w okresie gorączkowym, tém silniejszy zauważyć się dawał ubytek w kryzys. W okresie uzdrowienia ciężar ciała mimo ciepłoty normalnéj i poprawy łaknienia, zmniejszał się jeszcze zazwyczaj przez pewien czas, okazując raz większe, drugi raz mniejsze ubytki. Obok przypadków tych, stanowiących niemal ogólne prawidło, zdarzały się jednak i takie, gdzie ciężar ciała zaraz po przełamaniu się gorączki podnosił się w górę. Wielkość ubytków jak i przeciąg czasu, przez jaki spostrzegać się dawały, była rozmaitą w tym okresie, zależnie od tego, czy osoba popadłszy w sprawę zapalną, była dobrze odżywioną, lub już poprzedniemi chorobami więcéj wyniszczoną, jakotéż od tego, ile już w dwu poprzednich okresach utraciła na wadze. W durze plamistym wśród trwania stanu gorączkowego ciężar ciała systematycznie zaznaczał się ubytkiem na wadze, chociaż, podobnie jak w zapaleniu płuc, w niektórych przypadkach chwilowo podnosił się w górę.

Ubytki na wadze szczególniéj wtedy pokaźną przedstawiały wartość, gdy po pewnym czasie trwania wysokiéj gorączki takowa przybrała wreszcie tor wyraźnie zwalniający. I tak uderzającą była spółczesność znaczniejszego ubytku na wadze ze znaczniejszém zwolnieniem ciepłoty z końcem pierwszego tygodnia. Gdzie jednak gorączka torem swoim w durze plamistym zbliżała się do toru ciągłego w zapaleniu płuc, tam ubytki z dnia na dzień, jak i z całego okresu były bardzo nieznaczne i niemal dorównywały ubytkom w zapaleniu płuc. W przesileniu ubytek, średnio biorąc, nigdy nie był tak znacznym jak w zapaleniu płuc, a niekiedy ciężar ciała od razu zamiast się pomniejszać, powiększać się począł. Mianowicie w tych przypadkach, gdzie już w okresie gorączkowym pojawiały się znaczniejsze ubytki na wadze, odpowiednio do silniejszych remisyj, w kryzys odrazu zauważyć można było przybytek na wadze. W okresie bezgorączkowym, podobnie jak w kryzys, ciężar ciała jeszcze przez jakiś czas malał lub téż od razu podnosił się z dniem każdym. W durze brzusznym w okresie drugim, gdy gorączka przedstawiała tor ciągły, wyniki ważenia były zupełnie podobne do tych, które uzyskano w zapaleniu płuc. Podobnie téż jak w poprzednich chorobach przydarzało się i tutaj, że mimo wysokiéj ciepłoty, jaka zazwyczaj towarzyszy gorączce ciągłéj, ciężary ciała, wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, przez jakiś czas na téj saméj utrzymywały się wysokości lub nawet nieznaczny okazywały przybytek. W trzecim okresie duru brzusznego, odpowiednio do silniejszych remisyj, jakie go cechują, pojawiały się i znaczniejsze ubytki na wadze. Silniejsza biegunka, jaka szczególniéj w tym okresie pojawiać się zwyk a, zwiększona diureza i obfitsze poty tłumaczyły zjawisko to dostatecznie. W czwartym okresie ubytki na wadze były nieporównanie mniejsze, największe jeszcze z pojawieniem się pierwszéj intermisyi. Nie brak było także przypadków, gdzie już w okresie tym zamiast ubytku mogliśmy zauważyć przemijający, raz nawet stały, przybytek na wadze. Intermisyje w gorączce, ustąpienie biegunki, budzący się na nowo apetyt i dokonany już wywóz produktów rozkładowych w okresie trzecim niewątpliwą były zjawiska tego przyczyną. W okresie krytycznym ubytek na wadze, jeżeli się pojawiał, był mniejszym aniżeli w dwu poprzednich chorobach; natomiast dosyć często zamiast niego w czasie tym już przyrost zauważyć się dawał, W okresie ozdrowienia ciężar ciała zwiększał się już systematycznie z dnia na dzień, jeżeli naturalnie nie stały temu na przeszkodzie żadne powikłania, niekorzystnie na stan odżywienia wpłynąć mogące. W zapaleniu opłucnéj surowiczém lub surowiczo włóknikowém przy miernym stanie gorączkowym, ciężar ciała, pomijając drobne wahania

w obydwu kierunkach, na téj saméj utrzymywał się wysokości, gdy apetyt był dobrze utrzymany, a obok tego brak wszelkich powikłań. Gdy jednak apetyt był upośledzony lub zupełnie zniesiony, gdy sprawie chorobowéj towarzyszyła biegunka lub wyraźniéj zaznaczały się zmiany w szczytach, tam w wspomnianém już nasileniu gorączki stwierdzić można było raz większe, inną razą mniejsze ubytki. W dniu, w którym gorączka stanowczo się przełamała, ciężar ciała niemal we wszystkich przypadkach przedstawiał ubytki, i to tém większe, im mniéj chory, zresztą dobrze odżywiony, utracił na wadze w czasie trwania stanu gorączkowego. W okresie ozdrawiania w niektórych przypadkach ciężar ciała jeszcze przez czas jakiś się zmniejszał, okazując następnie przybytki, u jednych znaczniejsze, u innych mniéj znaczne, zależne od jakości łaknienia, pierwotnego stanu odżywienia i towarzyszących sprawie chorobowéj powikłań. W przypadkach, gdzie od samego początku stwierdzono stan bezgorączkowy, ciężar ciała zwiększał się stale, okazując wsteczne wahania tylko wtedy, gdy w ciągu obserwacyi wystąpiła biegunka lub zimnica. W zapaleniu stawów ostrém ubytki dzienne, podobnie jak i ubytki z całego czasu trwania gorączki, były największe, a to niewątpliwie skutkiem obfitych potów, stanowiących niemal charakterystyczne znamię téj choroby. Tor gorączki również nie pozostawał tutaj bez wpływu. Ile razy bowiem po pewnym czasie trwania wyższéj gorączki ciepłota znaczniéj się obniżyła, zawsze na czas ten padały najznaczniejsze ubytki na wadze. Z chwilą stanowczego przełamania się gorączki zjawiały się także nowe ubytki, zawsze jednak mniejsze aniżeli w zapaleniu płuc lub w durze plamistym, a czas na jaki się przewlekały, zazwyczaj był bardzo krótki. W zapaleniu stawów przewlekłém, gdy mu nie towarzyszyła żadna gorączka, a apetyt był dobrze utrzymanym, ciężar ciała zwiększał się systematycznie.

Jakkolwiek zatém biorąc ogólnie, ubytki na wadze w chorobach gorączkowych ostrych, nie są tak znaczne, aby śmierć jedynie skutkiem inanicyi nastąpić mogła, zawsze jednak, ze względu na zwyrodnienie narządów miąższowych, ubytek ciałek krwi, ważność wystąpienia biegunki, wymiotów i innych szkodliwie na odżywienie ogólne wpływających przypadów, odpowiednie żywienie chorego, mimo istniejącéj gorączki, tém bardziéj jest wskazaném, że przy odpowiedniém żywieniu gorączka mniéj niekorzystnie wpływa na zmniejszenie się ciężaru ciała, aniżeli wśród dyjety zupełnie ścisłéj.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koll. Warschauer i Ponikło.

XIV Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. dnia II października 1882

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 36.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący zdał sprawę z czynności podczas feryj załatwionych i z pism, które do Tow. nadeszły.

3) Członkiem czynnym Towarzystwa wybrano kol. Dra Felicyjana Perskiego.

4) Kol. doc. Pareński okazał nowy stetoskop pomysłu Dra Paula w Paryżu i dał objaśnienia, dotyczące tego przyrządu.

5) Kol. doc. Obaliński podał krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki. (Wykład powyższy umieszczony został w Przeglądzie Lekarskim).

6) W końcu kol. Wasylewski opisał trzy przypadki cukrzycy leczone jodoformem podając, iż idąc za spostrzeżeniami Moleschotta który w Nrze 17, 18 i 19 *Wien. mediz. Wochenschrift*, 1882 rzecz o działaniu leczniczém jodoformu w cukrzycy ogłosił, uzyskawszy nader pomyślne wyniki w pięciu przypadkach, uważał za stosowne wykonanie odpowiedniéj próby u trzech chorych z cukrzycą w oddziale prym. Dra Pareńskiego pozostających. Były to przypadki bardzo ciężkie, z powodu wielkiéj ilości cukru i ogólnego wyniszczenia nie wiele rokujące nadziei powodzenia leczniczego. Podawano chorym jodoform po 0·05 dwa razy dziennie, stopniując dawkę do 0·30 a nawet 0·40 na dzień i to w proszkach z dodatkiem małéj ilości kw. garbnikowego w celu zniesienia, względnie przytępienia, nieprzyjemnéj woni jodoformu; dyjeta chorych była mięszana, obfita z 2ma porcyjami pieczeni na dzień.

Przypadek 1szy dotyczył kobiety lat 40 liczącéj, bardzo źle odżywionéj, cierpiącéj od przeszło lat 2 na cukrzycę. Mocz według rozbioru dokonanego w pracowni prof. Stopczańskiego zawierał 5·8% cukru, a ciężar gat. wynosił 1·042. Dnia 13 maja zaczęła chora zażywać jodoform w ilości dziennéj 0·10 z następującym skutkiem:

W czwartym dniu leczenia wynosiła ilość cukru 8·0% c. g. 1·037,
w ósmym „ „ „ „ „ 7·8% c. g. 1·045,
w 12tym „ „ „ „ „ 6·4% c. g. 1·037.
W tym czasie powiększono dawkę jodoformu na 0·15
w 18tym dniu leczenia ilość cukru = 7·8% c. g. 1·042,
w 21tym „ „ „ „ = 8·0% c. g. 1·040.

Ilość dzienna moczu wynosiła średnio 3000 cm. sz. Ilość dzienna cukru przed podawaniem jodoformu wynosiła 174grm. i była najniższą, zaś w 21 dniu leczenia wynosiła 240gm. i była najwyższą. Chora niewyleczona opuściła zakład.

Przypadek 2gi. Mężczyzna lat 55 liczący zauważył dopiero od kilku miesięcy ciężkie objawy zdradzające cukrzycę. Mocz badany dn. 24 czerwca miał c. g. 1·037, zawierał mały ślad białka i cukru 7%. Ilość moczu na dobę 5·300 cm. sz. Dnia 26 czerwca zaczął chory zażywać jodoform w ilości 0·10 dziennie. Ilość cukru wynosiła:

w 5tym	dniu leczenia	6·8%	c. g. 1·032	ilość moczu	5700grm.
w 7ym	„ „	6·7%	c. g. 1·034	„ „	4850 „
w 9tym	„ „	6·1%	c. g. 1·035	„ „	3800 „
w 15tym	„ „	4·2%	c. g. 1·028	„ „	3930 „
w 23cim	„ „	1·8%	c. g. 1·018	„ „	4800 „
w 30tym	„ „	9·8%	c. g. 1·028	„ „	4800 „
w 36tym	„ „	1·5%	c. g. 1·028	„ „	4000 „
w 38ym	„ „	0·0%	c. g. 1·016	„ „	1000 „

dawkę jodoformu co kilka dni powiększano, tak, że w końcu podawano dziennie 0·30. W 38ym dniu leczenia, t. j. 4go lipca, dostał chory nagle dreszczów, ciepłota wynosiła 40·7°C. a nazajutrz przy ciepłocie rannéj 38·7 stwierdzono po prawéj stronie z tyłu obfity wysięk w jamie opłucny. Upadek sił wzrastał szybko a d. 6go lipca rano chory umarł. Przed wystąpieniem zapalenia opłucny miał się chory bardzo dobrze, odżywienie jego poprawiło się znacznie, pragnienie zmniejszyło się, osłabienie ogólne i ciężkość w nogach ustąpiła prawie zupełnie. Zmiany przy sekcyi znalezione: *Gangraena circumscripta lobi medii pulmonis dextri, subs. pleuritide serofibrinosa dextra et compressione partiali lobi infer. dextri. Bronchitis diffusa, emphysema marginale et oedema acutum pulmonis utriusque. Myocarditis fibrosa levis, Hyperaemia hepatis, hyperaemia et hypertrophia renum, Gastritis chronica.*

Przypadek 3ci. Mężczyzna l. 29 liczący, chory od 9ciu miesięcy. Odżywienie bardzo liche, niedokrewność znaczna. W moczu, o c. g. 1·035, ilość cukru 6·7%, ilość dzienna moczu 11.500 cm. sz. Od 28 września zażywał chory jodoform z następującym skutkiem:

W 4tym	dniu leczenia	c. g. 1·035	cukru	6·3%
w 8ym	„ „	c. g. 1·035	„	7·4%
w 10tym	„ „	c. g. 1·040	„	8·3%
w 12tym	„ „	c. g. 1·042	„	8·2%
w 14tym	„ „	c. g. 1·041	„	8·0%

Po tygodniu czyli w 21 dniu leczenia miał mocz c. g. 1·037, ilość cukru 7%.

Z opisanych 3ch przypadków nie można, zdaniem prelegenta, wypowiedzieć zdania pewnego o działaniu jodoformu w cukrzycy, wynik bowiem w 2 przypadkach był zupełnie ujemnym. W przypadku 2gim cukier ustąpił z moczu zupełnie, śmierć je-

dnak chorego przerwała dalszą obserwacyję. Podawanie jodoformu w przypadkach lekkich, na jakie się napotyka w prywatnéj praktyce a nie w szpitalu, i do jakich należeli chorzy Moleschotta z ilością cukru $2\frac{1}{2}$—3%, możeby wydało pomyślniejsze wyniki.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koll. prof. Dr. Rosner, Dr. Warschauer i prym. Paszkowski.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

XV Posiedzenie Tow. lek. krak. z d. 25 października 1882.

Przewodniczący kol. Paszkowski. Członków obecnych 28.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Członkami czynnymi Towarzystwa wybrano jednogłośnie kol. prof. Dra Mikulicza i Dra Eichhorna.

3) Delegatem do Rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. wybrano w miejsce śp. Szeparowicza Dra Zygmunta Riegera.

4) Odczytano list prof. Dra Hoyera wystosowany do Towarzystwa.

5) Prof. Dr. Browicz miał wykład: „O wartości dyjagnostycznéj prątków gruźliczych“. Rzecz uwidocznił preparatami mikroskopowemi. (Wykład umieszczony zostanie w łamach Przeglądu Lek.). Dyskusyję odłożono do następnego posiedzenia.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

XVI Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 8go listopada 1882 r.

Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 25.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia o wysłaniu telegramu do Poznania z powodu otwarcia nowego gmachu Tow. Przyj. Nauk.

3) Odczytano list od Tow. lek. galic. z zawiadomieniem o zaprowadzić się mającéj zmianie statutu. Sprawę tę oddano Komitetowi do rozpatrzenia i przedstawienia na przyszłém posiedzeniu.

4) Przyjęto wniosek kol. doc. Grabowskiego poniesienia wydatku w kwocie 60 złr. na wydrukowanie sprawozdania z Zjazdu lekarsko-przyrodniczego w Pradze.

5) Członkiem czynnym Tow. wybrano Dra Jakóba Jungera.

6) Kol. doc. Goebel przedstawił aparat do oświetlenia jamy ust konstrukcyi Telschowa, objaśniając użycie tegoż.

7) W dyskusyi nad wykładem kol. prof. Browicza o wartości dyjagnostycznéj prątków gruźliczych zabrał głos kol. prof. Korczyński. Podając wynik badań plwocin pod względem obecności prątków gruźliczych dotąd w klinice dokonanych, twierdzi, że obecność takowych w plwocinach nietylko utwierdza w rozpoznaniu gruźlicy w przypadkach, gdzie inne objawy chorobę tę wykazują, ale nadto, że obecność lub brak prątków stanowi w przypadkach wątpliwych bardzo ważny moment rozpoznawczy. I tak np. w przypadku niedawno obserwowanym, który dotyczył wyrobnika l. 35 liczącego, doskonale zbudowanego i dość dobrze odżywionego, bez usposobienia dziedzicznego do chorób piersiowych, u którego kaszel z przerwami trwał od lat 15, i u którego istniała wybitna rozedma płuc i objawy ogólnego zastoju żylnego (sinica, zaostrzenie 2 tonu nad t. płucną, znaczne przekrwienie wątroby, mierna opuchlina ogólna i zastój w nerkach), obok braku gorączki a obecności plwocin prawie czysto śluzowych tylko obecność licznych prątków gruźliczych w plwocinach pozwoliła stanowczo powiedzieć, że naciek w szczycie płuca prawego połączony z zapadnięciem się górnéj części kl. piersiowéj jest naciekiem gruźliczym, a nie zwykłém zwyrodnieniem włóknistém *(cirrhosis)* płuca. Ilość i rozmiary prątków zdają się być również ważnemi pod względem ocenienia ciężkości przypadku i szybkości przebiegu. I tak np. w przypadku jednym, gdzie obok braku znaczniejszéj gorączki i dobrze utrzymanego trawienia i przyswajania ciężar ciała szybko zaczął się powiększać, a stan ogólny polepszać, znajdowano prątki cienkie, nieliczne, słabo się zabarwiające i bez zarodników. Brak prątków sam przez się nie wyklucza jeszcze obecności gruźlicy. I tak np. u chorego z otokiem ropnym w lewéj opłucny z odmą powietrzną (*Pyo-pneumothorax sin.)*, gdzie w szczycie prawym istniały niewątpliwe objawy zgęszczenia, które sądząc z poprzedniego przebiegu nie mogło być innéj przyrody, jak tylko gruźliczéj, ani w plwocinach ani w ropie z opłucny prątków nie wykryto. Dokładniejsze badania określą zapewne, w jakich okresach gruźlicy prątki nie znajdują się w plwocinach. Kol. doc. Obaliński zapytuje, czy prątki wyróżniają się od innych, na co kol. prof. Browicz odpowiada, że prątki gruźlicze nie tyle postaciowo i wielkością ile zachowaniem się mikrochem. różnią się od innych prątków. — Kol. prof Korczyński zapytuje, czy kto z kolegów nie ma doświadczenia co do badania stolców pod względem prątków gruźliczych w przypadkach podejrzanych o wrzody gruźlicze w jelitach. Kol prof. Browicz odpowiada, że nie są mu znane badania w tym kierunku, że będą one niewątpliwie trudne, a w obec innych znaków rozpoznawczych mniéj ważne. Kol. prof. Korczyński twierdzi przeciwnie, że obecność prątków w stolcach,

gdyby się dała stwierdzić, byłaby najpewniejszym znakiem rozpoznawczym wrzodów, gdyż wszystkie dotychczasowe objawy owrzodzeń gruźliczych w jelitach wcale nie są pewne i prawie nigdy nie uprawniają do stanowczego rozpoznania. Kol. prof. Rosner nadmienia, że Fraentzel i Balmer znajdowali w zwłokach prątki gruźlicze na wydzielinie pokrywającéj wrzoły gruźlicze w jelitach. Kol. Warschauer sądzi, że z prątkami gruźliczemi rzecz ma się tak, jak z wieloma innemi odkryciami patologicznemi: mają one większe znaczenie rozpoznawcze aniżeli wpłynąć mogą na leczenie. Kol. prof. Korczyński w odpowiedzi kol. Warschauerowi nadmienia, że już przed odkryciem Kocha nauka zwracała się coraz bardziéj ku pojęciom swoistości gruźlicy i ku jednolitości podstaw etyjologicznych gruźlicy ze suchotami i że w obec domniemanéj przyrody pasorzytniczéj tych spraw chorobowych zaczęto stosować leczenie przeciwgnilne i przeciwpasorzytnicze. Tu należy leczenie kreozotem, jodoformem, wziewaniami siarkowodu, leczenie miejscowe jam suchotniczych w płucach itp. Co do leczenia siarkowodem od dawna używanego przez balneologów francuskich, a wznowionego w ostatnich czasach przez Cantaniego, kol. prof. Korczyński wie od kol. Jany, praktykującego w Lubieniu, że w kilku przypadkach suchot płucnych nie spostrzegał tenże żadnéj poprawy. Kol. Warschauer nadmienia, że kol. Żurkowski w Schinznach od dawna używa wziewań siarkowodu w suchotach płucnych. Kol. Wolfram nadmienia, że modyfikacyja podana przez Balmera i Fraentzla (pozostawianie preparatów w rozczynie barwikowym przez 24 godzin) daje daleko pewniejsze wyniki, aniżeli sposób Ehrlicha w przypadkach, gdzie prątki są skąpe i niedostatecznie rozwinięte.

8) Kol. Schramm okazał preparat po resekcyi kawałka kiszki grubéj rakowato przeobrażonéj (przypadek ten szczegółowo opisanym będzie w Przeglądzie Lek.). W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos kol. doc. Obaliński i prof. Korczyński, który ostatni zwrócił uwagę na trudność rozpoznawczą obrzęków w jamie brzusznéj położonych. I tak w obecnym przypadku rozpoznał on badając chorego przed operacyją wprawdzie na pewne, że nowotwór wychodzi z okrężnicy wstępującéj, jednakże dla braku wszelkich wybitniejszych objawów zwężenia nie sądził wcale, aby nowotwór mógł obrastać obrączkowato cały obwód jelita i zwężać takowy do tak znacznego stopnia.

9) Na wniosek proff. Blumenstoka i Mikulicza uchwalono jednogłośnie wysłać powinszowanie Drowi Janowi Horbaczewskiemu z powodu jego świetnego odkrycia dotyczącego sztucznego otrzymania kwasu moczowego a zarazem dyplom na członka koresp. Towarzystwa.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

XVII Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 15 list. 1882 r.

Przewodniczący: kol. Jordan. Członków obecnych 25.

1. Kol. prof. Rosner przedstawia chorą *cum Rhinoscleromate nasi et palati mollis* i czyni następujące uwagi nad tą chorobą, która tak pod względem anatomicznym jak i klinicznym nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną.

U 32-letniéj choréj K..... rozpoczęło się cierpienie przed 4 laty od tworzenia się guzka w przewodzie lewym nosa, który bardzo powoli rósł i żadnéj dolegliwości choréj nie sprawiał. Dopiero, gdy zupełne zatkanie nosa nastąpiło i guzik z przewodu nosa zaczął występować na zewnątrz, udała się chora do kliniki. W dniu 2gim maja, kiedy kol. prof. Rosner chorą po raz pierwszy widział, obrzęk ten przedstawiał się w postaci guza zbitego, blado-żółtego, wcale niebolesnego za dotknięciem i o powierzchni równéj. Guz ten wielkości orzecha laskowego wychodził z przegrody chrząstkowéj nosa, od dołu przyczepiony był częściowo do wargi górnéj ust, wypełniał otwór nosowy po stronie lewéj a wyparł przegrodę nosową ku prawéj stronie tak, że chora nosem wcale oddechać nie mogła. Skrzydła nosowe wyparte na zewnątrz i chrząstkowato twarde. Oprócz tych zmian widzimy zmiany na podniebieniu miękkiém, które w ścisłym związku zostają z zmianami w nosie, a które, zdaniem wykładającego, przyczynić się mogą do wyjaśnienia znaczenia anatomicznego obrzęku w nosie. Całe podniebienie sztywne, prawie nieruchome podczas fonacyi okazuje powierzchnię nierówną pokrytą mnóstwem brodawek, pozbawionych przybłonka, między któremi powierzchowne drobne wrzodziki się znajdują. Podniebienie w ten sposób zmienione jest bardzo zbite niemal chrząstkowate, a chora bólu gardła wcale nie doznaje, tak dalece, że się dopiero w klinice dowiedziała o cierpieniu gardła. Oprócz tych zmian w nosie i na podniebieniu miękkiém nie można wykazać żadnych zmian kiłowych lub śladów przebytéj kiły. Chora czuje się zupełnie zdrową i jest matką trojga dzieci zupełnie zdrowych. Po stosowaniu zewnętrznem *Kali caustici in substantia* guz w nosie się zmniejszył a chora w stanie polepszonym opuściła klinikę w czerwcu 1882. W listopadzie wróciła do kliniki z prośbą o usunięcie zupełne guza, który się mało co zmienił, natomiast zmiany na podniebieniu uległy znacznemu przeobrażeniu. W miejscu nacieku zbitego o powierzchni nierównéj widzimy na łukach podniebiennych i na zewnętrznéj części podniebienia miękkiego tkankę bliznowatą, tak że tylko część środkowa podniebienia okazuje zmiany dawniejsze. To przeobrażenie zmian na podniebieniu, powstałych przecież z téj saméj przyczyny co zmiany w nosie i na nosie, a które tak odmienne jest od przeobrażenia zwykłego nowotworów pozwala przypuszczać, że guzy w nosie nie mają znaczenia

nowotworów, jak to utrzymują Hebra i Kaposi, każe raczéj przyznać słuszność koledze Mikuliczowi, który na podstawie badania mikroskopowego oświadczył, że guzy i nacieki pochodzą z zapalenia chronicznego. Pytanie tylko, jaka jest przyczyna tego zapalenia. Otóż kol. Mikulicz i inni podejrzywają kiłę o wywołanie tych obrzęków zapalnych. O ile kol. R. najzupełniéj zgadza się z kol. Mikuliczem co do znaczenia anatomicznego tych obrzęków, o tyle żadną miarą zgodzić się nie może z przypuszczeniem, że kiła te guzy sprowadziła. Pomijając, że w żadnym przypadku dokładnie przez siebie obserwowanym, a widział takich przypadków sześć, nie widział kiły lub śladów przebytéj kiły, to przebieg guzów *in Rhinoscleromate* jest zupełnie inny od przebiegu guzów kiłowych a leczenie przeciwkiłowe żadnego nie wywiera wpływu na rozwój tych guzów. O ile z przebiegu wnosić można, to guzy te pochodzą z przyczyny zewnętrznéj a przebieg niezwykle powolny dałby się najłatwiéj wytłumaczyć, gdyby się sprawdziło zdanie Frischa, że guzy *in Rhinoscleromate* powstanie swoje zawdzięczają prątkom, które w tych guzach znalazł. Na podstawie tedy badań anatomicznych, mianowicie kol. Mikulicza, na podstawie przebiegu właściwego choroby i na podstawie doświadczenia klinicznego formułuje kol. prof. Rosner swoje zdanie: że *a*) zmiany *in Rhinoscleromate* pochodzą z zapalenia chronicznego; *b*) zmiany te w żadnym nie zostają związku z zakażeniem kiłowém; *c*) zmiany te powstają z przyczyny zewnętrznéj: *d)* choroba jest uleczna.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabrał głos kol. prof. Mikulicz, oświadczając że cieszy się, że zdanie jego o znaczeniu anatomiczném twardziela nosowego znalazło poparcie w spostrzeżeniach klinicznych. Od przypuszczenia, że guzy te początek swój zawdzięczają zakażeniu kiłowemu odstępuje po doświadczeniach klinicznych nabytych po wydrukowaniu monografii swojéj o Rhinoscleroma, nareszcie zgadza się z zdaniem kol. Rosnera, że choroba jest uleczną ale wymaga energicznego działania chirurgicznego. W sprawie téj zabierali jeszcze głos kol. Zarewicz, Obaliński i Kwaśnicki.

2) Następnie przedstawił kol. prof. Rosner 11-letniego chłopca *cum atrophia cutis propria seu Xerodermate pigmentoso*. Zabarwienie pstre skóry zanikłéj na twarzy, na karku i na odnogach daje obraz bardzo wybitny téj rzadkiéj choroby, która u naszego pacyjenta wystąpiła w 5tym roku życia. Na skórze w ten spósób zmienionéj, a mianowicie na twarzy, wystąpiły podobnie jak w innych przypadkach opisanych przez autorów obrzęki ze znaczeniem nowotworów dochodzące wielkości jaja gołębiego, co się bardzo rzadko zdarza, bo zazwyczaj nowotwory te nie przekraczają wielkości orzecha laskowego. Nowo-

twory w naszym przypadku i têm się różnią od opisu podanego przez autorów, że nie mają znaczenia przybłoniaka lub mięsaka lecz przedstawiają się jako naczyniaki, jak to wykazał kol. prof. Browicz, który badał pod mikroskopem wycięty guzik. *Xeroderma pigmentosum* tak rzadko się wydarza, że dla braku dostatecznéj kazuistyki, a mianowicie dla braku odpowiednich oględzin pośmiertnych, nic pewniejszego podać nie można o znaczeniu klinicznêm téj zabójczéj choroby. Najwięcéj ciekawości budzą nowotwory, które niemal w każdym przypadku się tworzą i to zawsze na skórze chorobowo zmienionéj mianowicie na skórze twarzy, a które są przyczyną śmierci przedwczesnéj chorego. Czy nowotwory te początek swój zawdzięczają téj saméj przyczynie, która sprowadziła zanik skóry lub czy one są następstwem zmian chorobowych skóry, poniekąd wynikiem nieprawidłowego krążenia krwi i odżywienia skóry, trudno rozstrzygnąć ale nierównie większe prawdopodobieństwo przemawia za przypuszczeniem drugiêm a to dla tego, że nowotwory występują zawsze tylko w miejscach chorobowo zmienionych skóry a powtóre dla tego, że zanik i nieprawidłowe zabarwienie skóry wyprzedzają zawsze nowotwory.

W dyskusyi nad tym przypadkiem zabierali głos koll. Zarewicz i Domański.

3) Członkiem czynnym Tow. wybrano kol. Wolframa.

4) Zgodnie z propozycyją Komitetu wybrano Komisyję przedwyborczą, a w skład téjże weszli koll. Blumenstok, Domański, Heuman, Korczyński, Kwaśnicki, Murdzieński, Oettinger, Rosner, Rydel, Warschauer, Wasylewski i Zarewicz.

5) Kol. Kwaśnicki uwiadamia Tow. o podziękowaniu otrzymanêm od Tow. lek. czeskich za sprawozdanie z II Zjazdu lek. i przyr. czes.

6) Kol. Zarewicz przedstawił nadesłany projekt zmiany statutu Tow. lek. galic. — Towarzystwo przyjęło zmiany do wiadomości.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

XVIII Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 6 grudnia 1882.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Wolfram okazał i opisał preparat tętniakowatego rozszerzenia tętnicy płucnéj.

3) Następnie drnd. Schaitter okazał 3 preparaty z Zakładu Med. sądowéj. Pierwszy z nich, tętniak wstępującéj tętnicy głównéj pochodził z człowieka około lat 40 liczącego, który z cię-

żarem upadł i nagle żyć przestał. Śmierć nastąpiła w skutek pęknięcia tętniaka i krwotoku do worka osierdziowego. Tętniak ów rozwinął się na tle miażdżycy i tworzył guz wielkości dużego orzecha włoskiego. Otwór w nim kątowaty długości 2cm. W przypadku tym zachodziła wątpliwość, czy człowiek ten upadł straciwszy przytomność w chwili pęknięcia tętniaka, lub téż czy pęknięcie nastąpiło skutkiem upadnięcia. Pytanie to nie da się stanowczo rozstrzygnąć.

Drugi preparat pochodził z kobiety również nagle zmarłéj liczącéj około 80 lat. Przyczyną śmierci krwotok do jamy opłucnowéj prawéj z tętniaka części wstępującéj i łuku aorty zmienionéj miażdżycowo w całym przebiegu. Tętniak przedstawiał się jako guz wielkości pięści. Ściany tętniaka niejednostajnie zgrubiałe były najcieńszemi w miejscu zrośnięcia się jego z opłucną i tu właśnie znajdował się mały otworek o brzegach nieznacznie krwią podbiegłych, który prowadził z jamy tętniaka do jamy opłucnowéj. Komórka lewa nieprzerosła, mięsień sercowy jędrny, skurczony. Ściany komórki prawéj w znacznéj części zanikłe kosztem grubego pokładu tłuszczowego rozwijającego się ponad tą komórką. Przypadów ze strony narządów krążenia i oddechania za życia miało wcale nie być, również w głosie jéj nie spostrzegano zmiany a na bóle w klatce piersiowéj nigdy się nie żaliła.

Trzeci preparat pochodził z mężczyzny zamordowanego, u którego znaleziono ranę w dolnéj części szyi po stronie lewéj ponad obojczykiem, zadaną narzędziem ostrém, śpiczastém. Kierunek rany od góry i zewnątrz ku dołowi wewnątrz. Przecięta żyła szyjna, tchawica od dołu a jama opłucnowa prawa otwarta. Krwotok z żyły szyjnéj częścią na zewnątrz, częścią do jamy opłucnowéj prawéj; do tchawicy krew wcale się nie dostawała. Uwagi godném było, że brzegi rany w skórze nie okazywały podbiegnięcia krwią, tak, że nie różniły się wejrzeniem od rany zadanéj po śmierci.

W dyskusyi podał kol. prof. Blumenstok dokładniejsze wiadomości dotyczące ostatniego przypadku przez prelegenta opisanego.

4) Kol. Paszkowski w imieniu Komitetu zdał sprawę z narad nad zmianami w statucie Tow. przedsięwziąć się mającemi. Rzecz ta więcéj szczegółowo roztrząśniętą zostanie na posiedzeniu administracyjném.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

XIX Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 20 grudnia 1882.

Przewodniczący: kol. Jordan. Członków obecnych 34.

1) Kol. doc. Obaliński przedstawił 2ch chorych po wypiłowaniu stawów, podając uwagę, że rękoczyn powyższy przedsiębrany z powodu gruźlicy miejscowéj w późniejszych okresach choroby zwykle ujemny daje wynik, występują bowiem recydywy sprawy chorobowéj. Z tego téż względu resekuje prelegent, o ile możności, jak najwcześniéj. Nie resekuje, jeżeli można wykazać większe ropnie okołostawowe lub gdy ropnie wspólniczą ze stawem wypiłować się mającym. Prelegent, pomimo ciężkich przypadków w szpitalu operowanych, miewa dobre rezultaty, co przypisuje ściśle przeprowadzonéj antyseptyce.

Przypadek pierwszy przez prelegenta przedstawiony dotyczył chłopca, u którego z powodu rozlanego ropnia i zajęcia stawu biodrowego wypiłowano ten ostatni sposobem połączonym Schedego i Langenbecka. W 7 tygodniu po operacyi chłopiec ma się dobrze, pomimo że w pierwszych dniach po operacyi kał i mocz dostawał się do opatrunku. Obecnie chory porusza odnogą chodząc bez bólu, a skrócenie jest tak nieznaczne, że łatwo odpowiednim butem wyrównać je można.

Przypadek drugi dotyczył mężczyzny 37-letniego, u którego sprawa chorobowa w kolanie prawém trwała od $1\frac{1}{2}$ roku, wywołując kontrakturę pod kątem prostym i rozległe ropnie przetokowate. Operacyję wykonano sposobem Textora z usunięciem rzepki. Dziś zrośnięcie zupełne, odnoga prosta.

2) Następnie kol. Schramm opisał przypadek wyjęcia nowotworu (*fibromyxoma*) *per vaginam* w klinice prof. Mikulicza. (Przypadek ten ogłoszony został w Przeglądzie Lekarskim).

3) Kol. Dr. Jan Gwiazdomorski wybrany został członkiem czynnym Towarzystwa.

4) Wybrano na rok przyszły przewodniczącym Tow. kol. doc. Dra Obalińskiego, zastępcą kol. Kwaśnickiego, sekretarzem stałym kol. doc. Jordana, sekretarzem dorocznym kol. Mendelsburga, podskarbim kol. Zarewicza, redaktorem Przeglądu Lek. kol. prof. Blumenstoka, członkiem Rady sanitarnéj miejskiéj kol. Paszkowskiego. W skład komisyi redakcyjnéj weszli koledzy: prof. Korczyński, prof. Oettinger. doc. Pareński i doc. Jordan. Delegatami do Rady Zawiadowczéj Tow. lek. gal. wybrano Dra Krówczyńskiego i Dra Riegiera. W końcu wybrano komisyję mającą obmyśléć sposób uczczenia ustępującego prezesa Tow. Do komisyi weszli koledzy: prof. Blumenstok, doc. Grabowski i prym. Paszkowski.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

Spis posiedzeń.

Spis Rzeczy.

Spis ważniejszych wykładów i przedstawionych przypadków.

Str

Sprawozdania z posiedzeń
Komisyi balneologicznéj.

Posiedzenie I z d. 27 lutego 1882 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 13 i 1 gość.

1) Przewodniczący powitał obecnego na posiedzeniu gościa Dra Zygmunta Riegera ze Lwowa.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia z d. 19 grudnia 1881 r. odczytano i przyjęto.

3) Przewodniczący poświęcił kilka słów wspomnienia pamięci śp. Dra Julijana Grabowskiego, profesora chemii w Instytucie technicznym, członka Komisyi, zmarłego w dniu poprzednim. Zachęcając zgromadzonych, aby chcieli wziąść udział w odprowadzeniu zwłok na miejsce wiecznego spoczynku, wezwał zarazem, aby przez powstanie oddali cześć pamięci zmarłego, co też uczyniono.

4) Przewodniczący złożył do księgozbioru Komisyi broszurę Dra Stanisława Smoleńskiego z Jaworza, pod tytułem: „*Ueber die sogennanten beruhigenden Bäder.*“

5) Przedstawiono pisma nadesłane, a mianowicie sprawozdania przysłane ze zdrojowisk i zakładów klimatycznych krajowych na wezwanie Komisyi, z których przewodniczący ułoży ogólny pogląd na ruch i postęp w tych zakładach i ten przedstawi na następném posiedzeniu.

6) Przewodniczący zawiadomił, że Zarząd dóbr tenczyńskich, własności hr. Potockich, postanowił zakład zdrojowo-kąpielowy wód siarczanych w Krzeszowicach oddać w zarząd pod jak najkorzystniejszemi warunkami lekarzowi, któryby się podjął tego przedsiębiorstwa. Właściciel zdrojowiska, który nie szczędził żadnych nakładów, aby łazienki urządzić odpowiednio do obecnych wymagań nauki, pragnąłby, aby zakład jak największy pożytek przynosił dla kraju, co dotychczas pomimo usiłowań z jego strony nie dało się do skutku doprowadzić, a zapewne udałoby się energicznemu lekarzowi, gdyby tą sprawą zajął się umiejętnie.

7) Dr. Rieger umyślnie na to posiedzenie ze Lwowa przybywszy, przedłożył Komisyi plany nowobudujących się łazienek w zakładzie zdrojowym w Truskawcu. Po krótkim wstępie, objaśniającym geograficzne i topograficzne położenie zakładu,

jego środki komunikacyjne, odległość od najbliższéj stacyi kolei żelaznéj dniestrzańskiéj Drohobycz-Truskawiec, zaledwie 8 kilometrów wynoszącą, ilość domów mieszkalnych dla gości 50, między któremi 15 zakładowych, ilość pokoi dla gości 368, położenie i własności chemiczne wód słonosiarczanych, okazał prelegent plany nowych łazienek, mianowicie: widok całego budynku, rys poziomy parteru i 1szego piętra z mieszkaniami dla gości. Opisał daléj konstrukcyję podziemia, to jest głównego korytarza, a zarazem kanału odprowadzającego, sposób umieszczenia w nim rur wodociągowych, materyjał z jakiego mają być sporządzone (lane żelazne w najlepszym gatunku rury główne, a ołowiane rury poboczne stanowiące rozgałęzienia), sposób ogrzewania wody, która z zamkniętych zbiorników żelaznych ma przechodzić rurami do kotłów ogrzewanych, z tych własnym ciężarem i ciśnieniem do zbiorników umieszczonych po nad kotłami, a zaś ztąd rurami, zamkniętemi do wanien za pomocą kurków śrubowanych. Opisał daléj jakość wanien z blachy żelaznéj ołowiem z obu stron wykładanéj i lakierowanéj, urządzenie kąpieli spadowych z wody letniéj w łazienkach I klasy, sposób przyrządzania kąpieli mułowych, borowinowych i kobiecych natryskowych, sposób przewietrzania całego gmachu łazienkowego, wreszcie urządzenie w osobnym pawilonie wziewalni pary słonéj i żywiczno-aromatycznéj. W końcu przedłożył projekty co do ulepszeń wewnętrznego urządzenia domu, zakupienia nowego bilardu, fortepijanu i w. i.

W dyskusyi podjętéj nad tym przedmiotem brali udział koll: Lutostański, Warschauer, Skórczewski, Grabowski, inżynijer Kaczmarski i przewodniczący. — Kol. Lutostański w obszerniejszém przemówieniu zwrócił uwagę na następujące okoliczności, 1) że pomysł urządzenia mieszkań nad łazienkami uważa za niekorzystny, z powodu nieuniknionego gorąca i wyziewów z łazienek, jak tego dowodem podobne urządzenie w Krynicy; 2) wątpi o tém, aby wentylacyja za pomocą okna z centralnego wentylatora wieżowego była wystarczająca bez aparatu aspiracyjnego i ujęcia gazów i pary po nad każdą wanną za pomocą lejka i odprowadzenia rurami; 3) radzi, aby rury żelazne były wewnątrz emalijowane lub tak pokryte, aby gazy i woda na nie działać wcale nie mogły, zaś rury ołowiane żeby były siarkowane; 4) zaleca dodanie do farb, któremi pokoje łaziebne mają być malowane, nieco szkła wodnego, które znakomicie chroni od wilgoci; 5) przestrzega przed używaniem kurków *(Niederschraubhähne)*, które w wielu miejscach okazały się niepraktycznemi, i zaleca kurki czyli otwory wentylowe; 6) zbiorniki żelazne uważa za niepraktyczne, z powodu rychłego obluźniania się śrub; zbiorniki murowane zdaniem jego są najodpowiedniej-

sze, gdy są wycementowane; 7) co do wanien w zdrojowiskach mających tego rodzaju wody jak Truskawiec, uważa wanny drewniane za najpraktyczniejsze; 8) w urządzeniu sal wziewnych nie zaleca wcale kandelabrów wysokich, jakie są np. w Reichenhallu, z których wychodząca para solą wysycona utrzymuje się w górnéj części wziewalni dla oddychającego nieprzystępnéj; zaleca natomiast, aby kandelabry były nie wyższe niż 1.50 metra, albo téż aby para z aparatu rozpylającego działała z góry na dół; wreszcie 9) nie uznaje za stósowną zewnętrznéj wyprawy murarskiéj dolnéj połowy budynku drewnianego tak pod względem estetycznym, jako téż pod względem czystości i sprzyjania tworzeniu się grzyba. Dr. Warschauer przemawia za robieniem doświadczeń z wdychaniami gazu siarkowodowego. Inżynier Kaczmarski zgadza się z planem wentylacyi proponowanym przez Dr. L., nadto czyni uwagę, że ze względów estetycznych byłoby korzystniéj, aby łazienki w całości miały pozór budynku drewnianego w stylu szwajcarskim. Przewodniczący również przemawia za tém, aby budynek był od zewnątrz całkiem drewniany i oszalowany, co i dobrze wygląda i ułatwia w razie potrzeby odświeżenie budynku.

Na tém posiedzenie zamknięto, zapowiedziany wykład prof. Dra Olszewskiego „o wodzie mineralnéj w Głębokiém“ dla spóźnionéj pory odkładając do następnego posiedzenia.

Dr. Ściborowski.

Posiedzenie II z dnia 4 kwietnia 1882 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 7miu i 1 gość.

1) Przewodniczący powitał obecnego na posiedzeniu gościa Dra Brühla, lekarza zdrojowego z Gleichenberga.

2) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Dr. Warschauer okazał przyrząd nadesłany przez Lehmanna z Berlina, mający służyć do szybkiego ogrzania wody mineralnéj. Przyrząd ten złożony z naczynia porcelanowego z szyjką, w któréj osadzony jest jako zatyczka termometer z podziałką dochodzącą do 60° R., i rurką do wylewania wody, podstawki z blachy w kształcie trójnóżka, oraz lampki spirytusowéj. Zdaniem członków Komisyi, którzy głos zabierali (przewodniczący i prof. Olszewski), przyrząd ten jest za kosztowny i łatwo ulegający pęknięciu przy najmniejszéj nieostrożności, zwłaszcza téż gdy przy niezwracaniu uwagi ciepłota podniesie się wyżéj nad 60°R., termometer musi pęknąć. Przyrząd prostszy i tańszy byłby użyteczniejszy.

4) Przewodniczący przedstawił Komisyi pogląd na ruch i postęp w 14 zdrojowiskach krajowych i zakładach klimatycznych, które na wezwanie Komisyi balneologicznéj nadesłały choć krótkie sprawozdania.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koll. Skórczewski i Wierzbicki. Pierwszy prostował wiadomości dotyczące Krynicy, drugi zwrócił uwagę na brak spostrzeżeń meteorologicznych, co i innych członków uderzyło. Jednomyślnie postanowiono wezwać zarządy zdrojowisk o urządzenie stacyj meteorologicznych chociażby niezupełnych, do których potrzebne narzędzia najwyżéj 20 złr. w. a. mogą kosztować, instrukcyję zaś do wykonywania obserwacyi przyobiecał napisać Dr. Wierzbicki.

5) Prof. Dr. Olszewski przedłożył wyniki rozbioru chemicznego wody mineralnéj w Głębokiém ze zdroju głównego.

Autor rozbierał już wody mineralne w Głębokiém w r. 1877 z polecenia Komisyi balneologicznéj i umieścił wynik tegoż rozbioru w XV tomie sprawozdań Komisyi fizyjograficznéj Akad. Umiej., w rozprawie pt.: Rozbiór chemiczny wody mineralnéj w Głębokiém ze czterech zdrojów.

Rozbiór ten jednak ograniczał się tylko do ważniejszych składników z powodu, że zdroje będące podówczas własnością gminy znajdowały się w stanie bardzo zaniedbanym. Staraniem teraźniejszego właściciela tych zdrojów p. Jendla, c. k. notaryusza z Liszek, zostały one uporządkowane pod kierunkiem Dra Lutostańskiego i ujęte w nowe cementowe cembrzyny. Z czterech zdrojów nazwanych w powyżéj wspomnianéj rozprawie literami A, B, C i D. A, B i C zostały świeżo ocembrowane, zdrój

zaś D został zasypany. Zdrój C wyszczególnia się od zdrojów A i B nierównie większą ilością kwasu węglowego wolnego, którą to różnicę po smaku łatwo rozpoznać można.

Zawezwany przez teraźniejszego właściciela wykonał autor ścisły i kompletny rozbiór wody ze zdroju C., który z powodu wyróżniającéj go obfitości wolnego kwasu węglowego od innych zdrojów zdrojem głównym nazwał. Wyniki tego rozbioru obliczone na 1000 cz. wody są następujące:

Węglauu sodowego	1·046192	cz.
Chlorku sodu	0·009870	„
Węglanu potasowego	0·028410	„
„ litowego	0·011322	„
„ barowego	0·009630	„
„ strontowego	0·007780	„
„ wapniowego	0·561250	„
węglanu magnowego	0·337480	„
„ żelazawego	0·011470	„
„ manganezawego	0·000383	„
fosforanu glinowego	0·000550	cz.
kwasu krzemowego	0·018430	„
kwasu arsenawego	ślad	„
istoty żywicznéj	ślad	„
istoty organicznéj wyciągowéj	ślad	„
składników stałych razem	2·042767	„
składników stałych przez wyparowanie	2·063440	„
kwasu węglowego niby wolnego	0·882224	„
kwasu węglowego istotnie wolnego	2·709406	„
wszystkich składników	5·634497	„
ciężar gatunkowy wody	1·003326	„
ciepłota wody	8·4°C.	„

Na podstawie powyższego rozbioru należy uważać wodę mineralną w Głębokiém ze zdroju głównego jako bardzo silną szczawę s o d o w o l i t o w ą.

Na tém posiedzenie zakończono. *Doc. Dr. Ponikło.*

Posiedzenie III z dnia 9 maja 1882 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 6.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący zawiadomił, iż prześle w jak najkrótszym czasie odezwy do poszczególnych zdrojowisk w sprawie zajęcia się założeniem stacyj meteorologicznych.

3) Przewodniczący zawiadomił, iż doc. Dr. Grabowski ofiarował do biblijoteki Komisyi balneologicznéj przeszło 30 broszur treści balneologicznéj, tudzież że z Iwonicza, Żegiestowa i Lubienia nadesłane zostały broszurki.

4) Prof. Korczyński miał rzecz: „O zdrojowiskach Morszyńskich a w szczególności o wodzie gorzkiéj Morszyńskiéj w porównaniu z innemi wodami gorzkiemi".

Zdrojowisko Morszyńskie urządzone zostało nasamprzód jako górskie uzdrowisko dyjetetyczno-powietrzne dla chorób piersiowych i znalazło poparcie Komisyi balneologicznéj, która w r. 1878 zaleciła je tak na podstawie opisu Dra Dzikowskiego, jakotéż badań przedsięwziętych na miejscu przez Dra Lutostańskiego. Zakres leczniczy uzdrowiska tego rozszerzył się przez wykrycie wybornéj borowiny, którą badał p. B. Hoff, a którą również Komisyja balneologiczna poparła, jak niemniéj przez oczyszczenie zdrojów wody słono-gorzkiéj, wypływających z dawnych szachtów górniczych, które Dr. Lutostański pierwszy jako zdroje słono-gorzkie oznaczył. Na podstawie orzeczenia Komisyi balneologicznéj, że zdroje te mogą być z korzyścią używane w celach leczniczych, zezwoliło Ministerstwo Skarbu na zużytkowanie ich w celach leczniczych, a na podstawie rozbioru chemicznego zdroju Magdaleny, dokonanego przez prof. Radziszewskiego, i borowiny, dokonanego przez B. Hoffa, Namiestnictwo zezwoliło na używanie nazwy: „Zdrojowisko solankowo-borowinowe" i na wprowadzenie w handel przetworów zdrojowych. Później oczyszczono jeszcze zdroje słono-gorzkie Bonifacego i Bronisława, zaczęto wyrabiać sól ze zdroju Bonifacego, ług solankowy ze zdroju Magdaleny i ług solankowo-borowinowy, któreto przetwory poddał rozbiorowi chemicznemu prof. Radziszewski. Po roku 1879 wykryto nadto zdrój Adama (słono-gorzki), zdrój Matki Boskiéj (alkaliczny) i zdroje Alfreda i Ferdynanda (żeleziste). W marcu 1881 zdrojowisko przeszło na własność funduszu wdów i sierot Towarzystwa lek. galic. a dotychczasowy właściciel p. Bonifacy Stiller zatrzymał sobie tylko dożywotnie prawo własności.

Wprawdzie Tow. lek. galic. nie uznało dotąd za rzecz stosowną, aby zasięgnąć jakichkolwiek rad i wskazówek lub udać

się o poparcie do Komisyi balneologicznéj, która bądź co bądź jest uprawniona do wydawania sądu w sprawach zdrojowisk. Mimo to jednak winna Komisyja balneologiczna popierać i nadal zdrojowisko, któremu udzieliła pierwszego poparcia, a to tém bardziéj, że w ten sposób popiera się dobrobyt kraju i szlachetne cele funduszu wdów i sierót.

Jednym z najdzielniejszych środków leczniczych Morszyńskich jest bezsprzecznie woda gorzka ze zdroju Bonifacego. Według rozbioru chemicznego prof. Radziszewskiego zawiera ona (opuszczając liczby dziesiętne): siarkanu sodowego 28, chlorku sodowego 12, chlorku magnowego 10, siarkanu magnowego 6, siarkanu potasowego 6, chlorku potasowego 5, siarkanu wapniowego 1 na 1000 cz. wody. Z porównania wody téj z 16 najbardziéj używanemi i najsilniejszemi wodami gorzkiemi wynika, że woda Morszyńska zawiera najwięcéj składników stałych ze wszystkich dotychczas znanych wód gorzkich i to tak, że podczas gdy woda gorzka Wiktoryi, jako najsilniejsza, zawiera składników stałych 58 cz. woda ze zdroja Bonifacego mieści w sobie 70 cz. stałych. Co do ilości siarkanów w ogóle woda Morszyńska zajmuje w szeregu wód gorzkich czwarte miejsce, gdyż tylko wody gorzkie Wiktoryi, Rakoczego i Franciszka Józefa przewyższają ją pod tym względem. Za to tak pod względem siarkanów alkalicznych (których ilość wynosi 34), jakotéż ilości chlorków (których ilość wynosi 28), wreszcie pod względem ilości chlorku sodu przewyższa wszystkie dotąd znane wody gorzkie. Pod względem ilości soli magnowych zajmuje woda Morszyńska piąte, pod względem ilości siarkanu magnowego dziewiąte, a pod względem chlorku magnowego pierwsze miejsce.

Tym właśnie składem chemicznym wyróżnia się woda Morszyńska bardzo korzystnie od innych wód gorzkich, a mianowicie przewagą siarkanów nad chlorkami, a bardziéj jeszcze przewagą siarkanów alkalicznych nad siarkanem magnowym, wreszcie obfitością chlorku magnowego, którego ilość jednakże nie dorównywa ilości chlorku sodowego. Jako najbardziéj zgęszczona z wszystkich dotychczas znanych wód gorzkich, może woda Morszyńska w wybitnym stopniu sprawiać skutki, zależne od jéj części składowych. Jako środek przeczyszczający działa woda Morszyńska głównie i przeważnie nie treścią soli magnowych lecz — co jest jéj największą zaletą — znakomitą ilością siarkanów i chlorków alkalicznych. Składem chemicznym oddala się woda Morszyńska od wód gorzkich budzińskich, w których przeważnym składnikiem są sole magnowe, przewyższa wody czeskie zamożnością w siarkan sodowy a zbliża się do wód gorzkich niemieckich zamożnością w chlorki, przewyższa je jednak obfitością siarkanu sodowego. Z tych powodów jest woda gorzka

Morszyńska unikatem pośród wszystkich dotychczas znanych wód gorzkich.

Działanie lecznicze wody gorzkiéj Morszyńskiéj zależy w pierwszym rzędzie od siarkanów alkalicznych, w drugim rzędzie od chlorków alkalicznych, w trzecim dopiero od soli magnowych, a tu znów więcéj od chlorku magnowego aniżeli siarkanu magnowego.

Siarkan sodowy, który jest połączeniem dla ustroju mniéj obcém aniżeli siarkan magnowy, w większéj ilości działa jako lek przeczyszczający łagodniéj aniżeli siarkan magnowy. Rozkłada on się mniéj w przewodzie pokarmowym i dla tego woda Morszyńska nie sprawia wzdęcia i odchodzenia takiéj ilości cuchnących gazów jak wody gorzkie budzińskie. Niekorzystnemu działaniu siarkanu sodowego na przewód pokarmowy przy dłuższém używaniu zapobiega obecność chlorku sodu. W mniejszéj ilości pobudza siarkan sodowy błonę mięsną żołądka, a dostawszy się do obiegu krwi wpływa na przemianę pierwiastków, co także przyczynia się do rozszerzenia wskazań wody gorzkiéj Morszyńskiéj w porównaniu z wieloma innemi wodami gorzkiemi.

Obfita ilość chlorku sodowego tłumaczy korzystnie działanie wody gorzkiéj Morszyńskiéj na pobudzanie łaknienia, łagodny wpływ na narząd trawienia, wreszcie rozszerza znakomicie zakres wskazań, umożebniając używanie jéj nawet przez czas dłuższy bez niekorzystnego działania na zapas sił i odżywienia. Temu składnikowi zawdzięcza woda Morszyńska te same przymioty, jakie dla podobnych wód gorzkich niemieckich również w chlorek sodowy zamożnych (Kissingskiéj, Friedrichshalskiéj) wykazali Mosler, Mehring, Beneke, Thilenius i inni.

Zakres wskazań dla wody gorzkiéj Morszyńskiéj jest więc daleko obszerniejszy niż dla wielu innych wód gorzkich, tak dla dawek większych czyszczących, jakotéż dla dawek małych, za pomocą których możemy wpływać korzystnie na przemianę pierwiastków, np. w zołzach, krzywicy, przewlekłych nieżytach żołądkowych, lub jelitowych połączonych z otrętwieniem błony mięsnéj.

Liczne doświadczenia wykonywane od kilku miesięcy tak w klinice, jakotéż w praktyce prywatnéj wykazują, że korzystne działanie téj wody odpowiada jak najzupełniéj wywodom teoretycznym wysnutym z jéj składu chemicznego i z działania farmakodynamicznego jéj składników.

Dawka czyszcząca téj wody wynosi 100—200 gm. na raz. W téj ilości działa łagodnie, nie drażni przewodu pokarmowego, a nawet podnieca łaknienie. Używana zrana na czczo nawet przez dłuższy czas nie podkopuje zapasu sił i odżywiania, a u ludzi niedokrewnych poprawia nawet stan ogólny, jeżeli do-

wóz pokarmów jest dostateczny. Używana w ciągu dnia, gdzie w jelitach cienkich znajduje się jeszcze miazga pokarmowa niestrawiona i część pokarmów strawionych ale jeszcze niewessanych, które wyprowadza na zewnątrz, działa osłabiająco i zmniejsza zapas sił i tkanin. Stosownie więc do czasu podawania działa woda Morszyńska odmiennie na stan ogólny.

W dawkach małych 30—60 gm. na raz oddaje woda Morszyńska znakomite usługi w nieżytach żołądka połączonych z rozstrzenią, gdzie zależy na pobudzeniu błony mięsnéj żołądka, w zołzach, krzywicy, obrzękach wątroby i śledziony, a więc w przypadkach, które przekraczają zakres wskazań dla wód gorzkich, które zawierają przeważnie tylko siarkan magnowy.

Również z korzyścią używać można wody Morszyńskiéj jako dodatku do wód mineralnych alkalicznych lub żelezistych.

Zaletą téj wody jest także jéj taniość. Flaszka bowiem zawierająca 775gm. kosztuje 28 ct.

Jedyną ujemną własnością jest smak dosyć mocno słony. Smak ten zakrywa najlepiéj dodatek wody sodowéj.

W dyskusyi kol. Lutostański zwraca uwagę na jednę więcéj zaletę wody Morszyńskiéj, że nie zawiera chlorku wapniu, podczas gdy wody gorzkie francuzkie zawierają chlorek wapniowy, skutkiem czego działać mogą szkodliwie a w wielkich dawkach nawet trująco.

Przewodniczący zwraca szczególniéj uwagę na tę okoliczność, że woda Morszyńska, jak wykazują spostrzeżenia prof. K., działa równie korzystnie u osób niedokrewnych i wyniszczonych, u których z zastosowaniem środków przeczyszczających trzeba być bardzo oględnym.

Na tém posiedzenie zakończono. *Doc. Dr. Poniklo.*

Posiedzenie IV z dnia 15go maja 1882.

Przewodniczący Dr. Ściborowski.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Lutostański w dłuższém przemówieniu wykazywał zalety wody mineralnéj w Głębokiém. Miejscowość ta położona jest w powiecie sądeckim w pobliżu Rytra, stacyi kolei żelaznéj tarnowsko-leluchowskiéj. Zdroje lekarskie w Głębokiém znane były od lat trzydziestu, pierwszy opisał je Dr. Onufry Trembecki w Roczniku Towarzystwa naukowego krakowskiego i podał o nich wiadomości na Zgromadzeniu balneologów krajowych, odbytém w Krakowie w r. 1860. Następnie Komisyja balneologiczna na posiedzeniu d. 18 maja 1877 r. delegowała prof. Dra Korczyńskiego i prof. Dra Olszewskiego dla bliższego zbadania wód lekarskich, o których mowa. W r. 1881 prof. Dr. Olszewski ogłosił wynik tymczasowego rozbioru chemicznego wody z zdrojów Głębockich, o których mówił na posiedzeniu Komisyi balneologicznéj. Zdroje te jednak nie były uporządkowane i należycie ujęte. Właściciel zdrojów Dr. F. Jendl wezwał prelegenta do uporządkowania zdrojów, który zajął się ujęciem i ocembrowaniem zdroju głównego oznaczonego przez prof. Dra Olszewskiego lit. *C*. Rozbioru chemicznego wody z tego zdroju powtórnie dokonał niedawno prof. Olszewski, podług którego skład chemiczny téj nadzwyczaj smacznéj wody wykazuje, iż jest ona czystą szczawą sodową z przymieszką węglanu litowego i żelazowego, z porównania zaś tego składu z wodami mineralnemi zagranicznemi okazuje się, iż zajmuje ona czwarte miejsce co do ilości zawartego w niéj kwasu węglowego w szeregu znanych dotąd szczaw, jest zaś najsilniejszą szczawą sodową i przewyższa pod każdym względem najbardziéj używane szczawy jak Gieshübler, Krondorfer i Apolinaris, których rozsyłka wynosi milijony flaszek, Prelegent uzasadnił te wnioski porównawczemi wykazami składu chemicznego szczaw alkalicznych.

Na tém posiedzenie zakończono. *Doc. Dr. Ponikło.*

Posiedzenie V z dnia 23 maja 1882.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 10 i gość Dr. F. Jendel.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący powitał po raz pierwszy obecnego na posiedzeniu Członka koresp. Dr. Huberta Krasińskiego, oraz gościa Dr. F. Jendla, właściciela zdrojowiska w Głębokiém.

3) Przewodniczący złożył Przewodnik do Szczawnicy nadesłany w darze Komisyi przez autora Dra Dworskiego oraz tablice z rycinami zakładu kąpielowego „Kaiserbad w Budzie."

4) Dr. Lutostański mówił o nowym rozbiorze chemicznym wody mineralnéj z Wysowéj, dokonanym przez prof. Dra Radziszewskiego. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos prócz Dr. Lutostańskiego, prof. Olszewski, Dr. Warschauer, p. Trochanowski i przewodniczący.

Na tém posiedzenie zakończono. *Doc. Dr. Poniklo.*

Posiedzenie VI z d. 29 grudnia 1882.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 10.

1) Przewodniczący powitał po raz pierwszy obecnych na posiedzeniu członków Komisyi Dra Wład. Gluzińskiego i Dra Alf. Wolframa.

2) Przewodniczący złożył do księgozbioru Komisyi rozprawę prof. Korczyńskiego „o wodzie morszyńskiéj,“ przezeń ofiarowaną, oraz od Komitetu administracyjnego dla Szczawnicy broszurę pt. Szczawnica, zawierającą odparcie zarzutów zakładowi robionych.

3) Przewodniczący przedstawił potrzebę rozesłania i w roku bieżącym do zakładów zdrojowych i klimatycznych w kraju będących wezwania o nadesłanie sprawozdań z ubiegłéj pory zdrojowéj. Wniosek przyjęto.

4) Dr. Skórczewski wnosi, aby uwzględniając niedogodność, na jaką narażeni są podróżni udający się w porze letniéj do zakładów zdrojowych Krynicy, Szczawnicy i Żegiestowa, zmuszeni w dworcu kolei żel. w Tarnowie po kilka godzin i to w porze nocnéj wyczekiwać w salach niemających wygodnych sprzętów, wnieść podanie od Komisyi do Ministerstwa handlu, aby zechciało zarządzić usunięcie tych niedogodności. Wniosek przyjęto, napisaniem i wysłaniem podania zajmie się przewodniczący w porozumieniu z wnioskodawcą.

5) Dr. Wolfram odczytał sprawozdanie z pracy Dra Scherpfa, byłego lekarza zdrojowego w Bocklet, o powiększaniu się ilości hemoglobiny we krwi pod wpływem używania wód żelezistych. W streszczeniu brzmi ono jak następuje:

Pod wpływem używania wód żelezistych w Bocklet, jakotéż dzięki korzystnym higijenicznym i dyjetetycznym warunkom, jakie w miejscach kąpielowych niepoślednią odgrywają rolę, polepszał się według Scherpfa stan ogólny, jakotéż ustępowały miejscowe niedomagania niemal u wszystkich chorych, cierpiących na blednicę lub niedokrewność, przyczém nie zawsze dawał się wykazać pewien przyczynowy związek między zachowywaniem się ilości hemoglobiny a stanem podmiotowym chorych. Ilość hemoglobiny, oznaczana metodą Vierordta, zwiększała się u różnych chorych rozmaicie, raz prędzéj drugi raz powolniéj, w pewnych przypadkach dosięgała we względnie krótkim czasie cyfry normalnéj, w innych można było stwierdzić tylko pewne polepszenie się w téj mierze. Najkorzystniéj dozwalały rokować przypadki typowéj, niepowikłanéj blednicy, mianowicie jéj forma menorhagiczna. Zdarzały się jednak i przypadki, gdzie mimo stósowania wszelkich środków, mogących podniecić przemianę krwi, wynik leczenia pozostał ujemnym, chociaż przypadki

te nie przedstawiały wcale cech niedokrewności złośliwéj. W niektórych razach ilość hemoglobiny mimo kuracyi kąpielowéj nawet się początkowo zmniejszała, aby po niejakim czasie wzmódz się na nowo, a niekiedy dojść do cyfry normalnéj. Zjawisko to tłumaczy autor częścią szybszém odtwarzaniem się istot białkowatych, soli i wody, a powolniejszém składników upostaciowanych, skutkiem czego krew chwilowo mogła się wydawać względnie uboższą w hemoglobinę, częścią zaś bierze je na karb wcześniejszego pojawiania się regularności wśród leczenia kąpielowego, powołując się na fakt, powszechnie znany, że u chorych niedokrewnych przed nastaniem miesiączki zmniejsza się znacznie ilość ciałek czerwonych krwi, aby z chwilą jego pojawienia się wzmódz się na nowo, a niekiedy nawet znacznie przekroczyć cyfrę normalną. W ogóle autor nie odmawia znaczenia leczniczego także kwasowi węglowemu i solom we wodach tych zawartym, jakotéż i warunkom klimatycznym w Bocklet, mniema jednak, że już samo żelazo wód żelezistych bardzo ważną w takich razach odgrywa rolę.

6) Dr. Wolfram odczytał sprawozdanie z uwag Benekego: O znaczeniu zdrowotném pobytu zimowego w Norderney.

Beneke zachęcony świetnemi wynikami, jakie postrzegał u chorych, dotkniętych przewlekłemi zmianami zapalnemi w płucach, szczególniéj w okresie wczesnym, gdy przez dłuższy czas korzystali z świeżego powietrza nad wybrzeżami morza północnego, zalecał chorym tego rodzaju pobyt w Norderney nie tylko w miesiącach letnich, ale także i w porze zimowéj. Jakkolwiek w kilku przypadkach lekkie krwotoki płucne były niewątpliwie następstwem wahań znaczniejszych w ciśnieniu powietrza, ogółem jednak klimat podczas zimy jest tam względnie łagodnym, ciepłota wśród dnia dosyć jednostajną, powietrze wilgotniejsze niż na lądzie stałym, za to wolne od pyłu i kurzu, a i warunki higijeniczne wcale dobre. Spostrzeżenia Benekego odnoszą się do 53 chorych, między którymi 27 cierpiało na suchoty płucne, więcéj lub mniéj posunięte, pięciu zaś okazywało wyraźne ślady cięższego zakażenia złozowego. Najlepsze wyniki dawały przypadki téj formy suchót płucnych, która zdaniem autora rozwija się na tle zapaleń przewlekłych, mianowicie wtedy, gdy zmiany miejscowe, jakkolwiek przedmiotowo już wykazać się dające, znajdują się jeszcze w wcześniejszym okresie. W dwóch takich przypadkach nacieki w szczytach rozeszły się zupełnie, u reszty stwierdzić można było tak przedmiotowo jak podmiotowo widoczne polepszenie. Również i suchotnicy z daleko posuniętemi zmianami w płucach, jakich w ogóle tylko bardzo niechętnie wysyła autor do Norderney, doznawali przynajmniéj podmiotowo ulgi w swoich cierpieniach. Mniéj się nadają do pobytu w Norderney

te przypadki suchót płucnych, które zdaniem autora rozwijają się z przewlekłych nieżytów oskrzelowych, lub polegają na znaczniejszym rozroście tkanki łącznéj w miąższu płucnym; jakkolwiek w przypadkach takich stan ogólny doznaje także polepszenia, nieżyt jednak widocznie się nie pomniejsza. Dlatego to dla téj formy suchót płucnych, którą autor nieżytową zowie, pobyt w miejscach klimatycznych, wysoko położonych zdaje się być odpowiedniejszym, niż nad wybrzeżami morza.

7) Przewodniczący zawiadamiając, że obecnie kończy się trzylecie, na które był wybrany Zarząd Komisyi, podaje krótki pogląd na jéj czynności w ciągu trzech lat ubiegłych, uważając za główną przeszkodę działania Komisyi w szerszym zakresie nie wielki udział członków w posiedzeniach i pracach téjże, zwłaszcza ze strony młodszych kolegów.

8) Przystąpiono do wyboru Zarządu na następne trzy lata. Wybrani zostali: przewodniczącym Dr. Władysław Ściborowski (ponownie), zastępcą przewodniczącego Dr. Karol Olszewski prof. chemii w U. J., sekretarzem Dr. Wład. Ant. Gluziński, asystent kliniki lekarskiéj U. J., biblijotekarzem Dr. Bolesław Skórczewski (ponownie). Na tém posiedzenie ukończono.

Dr. W. A. Gluziński.